As a tribute of respect.
Members of the Roy
of England is offered

Member of the Royal
and Letters in Padova

MEMORIE CHIRURGICHE



GUALTIERO DOTT. LORIGIOLA

già Chirurgo Primario nel civico Ospitale di Rovigo

MEMORIE CHIRURGICHE

CON TAVOLE

ANNESSEVI I QUADRI STATISTICI

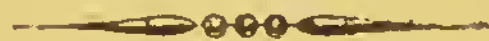
DELLE

MALATTIE TRATTATE E DELLE OPERAZIONI ESEGUITE

DAL 15 SETT. 1872 A TUTTO DIC. 1877

NELL' OSPITALE DI ROVIGO





PADOVA

TIPOGRAFIA ALLA MINERVA DEI FRATELLI SALMIN

1882

A MIO ZIO

FELICE DOTT. MARCON



Diletto zio — se nel modesto campo di mia pratica, ma ancor troppo vasto alle mie cognizioni, avessi avuto a trattare di que' casi, che la fortunata cura anche d'un solo, riveste di una certa aureola, mi sarei trovato fra gli scogli della difficoltà e a disagio ne sarei sortito.

Sempre disposto a tutto, m' accontentai di quel contingente che per nulla sorte dal comune e con lo studio de' grandi maestri, cercai far del mio meglio, almeno credetti.

A Te, provetto nel nostro ministero, permetti dedichi queste povere cose e ti siano pegno dell' affetto e della stima

del nipote tuo.

ALCUNI CASI DI CHIRURGIA CONSERVATIVA

Nature well and judiciously assisted, will generally bring matters to a speedy and happy conclusion.
Robert Liston - Practical Surgery - Fourth edition - pag. 237.

Quando il nostro padre di Coo bandiva il suo *ferrum sanare quae non sanant medicamenta et quae non sanat ferrum sanat ignem*, l'arte nostra non aveva ancora stretta una preziosa alleanza, cui fu pronubo un più accurato studio dei processi morbosi.

I fatti si succedettero, si moltiplicarono le osservazioni, ne fece tesoro la pratica e da allora il soccorso delle forze medicatrici della natura si valutò a giusto merito.

Moderate le impazienze, sacrificato qualche brillante atto operativo, diminuita la falange di coloro che vorrebbero *try to cure diseases and injures by the pure force of surgery*, si addivenne a quel periodo storico dell'arte che si disse *conservativo.*

Premetto che quanto dissi deve, in specialità, riferirsi a traumatismi, ed i casi che sono per esporre, più o meno prossima, non ripeterono altra causa.

Nè voglio qui impancarmi a maestro, sì dire su la guida di quali m'abbia fatto il poco che espongo.

Celso, al libro 8.° ci lasciò scritto: « ..... *Si fragmentum*

ossis eminet, id si retusum est, in suam sedem dandum: si acutum, ante acumen ejus, si longius est, praecidendum: si brevius, limandum, et utrumque scalpro laevandum: tum ipsum recondendum est: ac si id manus facere non potest, vulsella, quali fabri utuntur injicienda est etc. ...... »

Ma il chirurgo, dunque, che avrà a fare con lesioni traumatiche estese, dirò pur con semidisorganizzazioni di un arto, dovrà egli sempre dar mano a regolare la ferita, rimettendo, esportando, unendo, allacciando, riducendola infatti alla maggior possibile semplicità, mai lasciandosi incutere dalle possibili future complicazioni locali e generali, inscindibili da lesioni di tal fatta? — Dovrà egli sempre ciò fare, o quando?

Deve tutto prevedere, a tutto esser pronto, ma si deciderà per una cura conservativa, soltanto allora che avrà ben giudicato il soggetto, approfondendo le ricerche anamnestiche, in modo da nulla temere, nè mai facendo a fidanza con organismi, anche lontanamente sospetti.

In tale scrupoloso esame, sta in massima parte il segreto delle vittorie della chirurgia conservativa, coadiuvando natura, ne mai stancandosi, ne alcuna trascurando di quelle piccole, povere, dirò quasi umili prestazioni, che sono il capitale che rende il cento per uno. Nature well and judiciously assisted.

Fra i casi di chirurgia conservativa, rivolsi speciale studio a quelli che presentar possono le mani ed i piedi.

Il Liston (*), parlando de' traumi di cui può esser passiva la mano, dice: « *amputation is often demanded, but as little as possible of this useful member is to be taken away — the smallest part of it being of the utmost use;* .....

Cita quindi sommariamente qualche caso pratico, porge di più una nitida incisione d'una mano sulla quale fu praticata la disarticolazione metacarpo — falangea delle tre dita medie.

Quel caso m' impressionò non poco, e meco stesso volgeva in pensiero se possibil fosse, presentandosi l'opportunità, eseguire ben anche la disarticolazione carpo-metacarpica delle tre dita medie. Ma a tale riguardo ecco ciò che scrive il Liston a pag. 361 della citata sua opera: « A necessity seldom arises for removing the whole of the metacarpal bone either of the

(*) Robert Liston — Practical Surgery — Fourth Edition pag. 78.

fore, middle, or ring fingers. *It is a proceeding more frequently talked of than executed on the living body.* »

E queste ultime parole suonano così: « *È un atto operativo di cui più se ne parlò, di quello che sia stato eseguito su corpo vivente.*

Per tempo e molto furono campo di mio studio ed angoli e faccie e linee interartrodiali delle ossa del carpo; (*) ma inutilmente interrogai pratici e svolsi autori, cercando chi avesse compiuto un tal atto operativo; alla fine *valsemi il grande amore ed il lungo studio* e trovai nel Velpeau quanto segue:

« *Disarticolazione simultanea di molte od anche di tutte le ossa del metacarpo.* Prima d'innoltrarci rimane a sapere, se allorquando tutta la mano si trova ammalata, in modo che l'articolazione carpo-metacarpica sia rimasta nello stato normale, è cosa indispensabile d'esportare nel medesimo tempo il carpo. Se si stesse ai trattati dogmatici di chirurgia, non si avrebbe la minima dubbiezza a questo riguardo, o per dir meglio nessuno si occupò di questa questione; limitandosi a disarticolare i metacarpici, si conserva maggior lunghezza all'antibraccio, una porzione mobile del membro e dei vantaggi non dubbî per l'impiego dei mezzi che rimediano alla mancanza delle parti. Secondo Larrey già da lungo tempo i chirurghi militari ebbero ricorso a quest'operazione, ed Yvan dice, che molti militari dell'ospitale degli invalidi vi furono sottoposti, e che ne sono contenti. D'altra parte noi vediamo in una tesi sostenuta nel 1803 delle osservazioni dettagliate a questo riguardo. Questo chirurgo dice, che in molti soldati dell'armata del Reno fu fatta l'amputazione *nell'articolazione carpo-metacarpica* allo scopo di conservare almeno il pollice.

« G. B. G. A. Blandin, che ne fa menzione, la disapprova, dicendo, *essere una tale disarticolazione difficilissima*, che in un malato degli infiltramenti marciosi obbligarono ad ampu-

---

(*) A tale proposito, lascio al lettore farsi ragione del regresso cui sottostettero gli studi anatomici in tre secoli, o giù di lì, periodo che appunto corse da Ippocrate a Celso.

Ippocrate, lasciò scritto: *Ossa manus viginti septem sunt* (Hippocratis Coi — Liber de Ossium natura).

Celso, ci dice: In manu vero prima palmae pars ex multis minutisque ossibus constat, *quorum numerus incertus est.* (A. Corn. Celsi — Medicinae — Liber VIII).

tare il braccio, che in un altro si dovette tagliare l'antibraccio, e che tutti e due morirono. Nel 1816, Mornay la consigliò formalmente nella sua tesi, insistendo sul vantaggio di potere almeno conservare il pollice, e Troccon, *che credette d' averla immaginata, la ripetè un gran numero di volte sul cadavere,* e ne presentò una descrizione accurata all' Istituto, ottenendone un rapporto semifavorevole da Percy e Pelletan. Più tardi, nel 1811, Maingault cercò di nuovo di riprodurla, senza sapere, a quel che sembra, che alcuno ne avesse parlato prima di lui. Dopo il lavoro di Troccon, Gensoult la praticò con pieno successo all' Hôtel Dieu di Lione, non conservando che il pollice, e prima di lui Guthrie aveva amputate nella stessa maniera le ultime due dita con l' osso del metacarpo corrispondente. Nel 1828, Walther eseguì questa operazione esportando il terzo ed il quarto metacarpico. Infine Troccon manifestò l' idea che sarebbe possibile di levare nel medesimo tempo una o più ossa del primo ordine del carpo, e Benaben dimostrò l' esattezza di questa proposizione, praticando con successo l'amputazione dello scafoide, del trapezio, del trapezoide, dei metacarpi del pollice e dell' indice. Due inglesi reclamarono la priorità su questi diversi punti. L' uno d' essi, Sully, dice che nel 1807 levò le ultime ossa del metacarpo, l' uncinato, il pisiforme, ed il piramidale in un individuo che ancora esiste; l'altro, Radiore, dice che, *in un fanciullo dell'età di nove anni, non conservò che il pollice ed il piccolo dito, avendo fatta l'ablazione dei tre metacarpici medi e del grand' osso* ».

E queste sono le uniche parole che mi fu dato trovare riguardo a quest' operazione tanto da me vagheggiata. E qui permettete vi dica, non che dubitassi dell' asserzione di Radiore, ma che stavanmi costantemente presenti le parole di Liston, cioè: *esser questo un atto operativo di cui più se ne parlò, di quello che sia stato eseguito su corpo vivente.*

« Niun dubbio, continua il Velpeau, che ogni qualvolta si può conservare il pollice, o qualche altro dito, si debbano imitare questi pratici, e seguire il consiglio di Troccon e di Mingault, considerando qual regola generale, che la disarticolazione carpo-metacarpica dev' essere preferita all'amputazione del carpo. Imperciocchè niuno potrà negare, che dopo la guarigione, il carpo non possa essere di grande utilità al malato,

anche quando non volesse far uso d'una mano artificiale. *Ma è una tale operazione che vuole dell'abitudine, e per la quale si richiedono delle cognizioni anatomiche esattissime di modo che se il chirurgo non è sicuro di poterla eseguire senza timore, non dovrebbe giammai intraprenderla.* » (*)

Anche mi rimanesse il dubbio, che mai fosse stata eseguita, era ormai a giorno e delle fasi storiche e delle difficoltà di questa vagheggiata operazione, ma nessun autore me ne porgeva il metodo.

Me se ne vorrà forse perchè in onta a ciò anelassi all'occasione d'intraprenderla? Sì, quest'era mio ardente desiderio, nè a lungo si fece attendere il caso.

(*) Velpeau — *Nuovi elementi di medicina operatoria* — Versione italiana del dott. Antonio Pignacca.

(*) STORIA PRIMA

Il 22 Marzo 1871, fui chiamato in Crespino, su quel di Rovigo, per visitarvi un ragazzo, cui erasi accidentalmente esplosa una pistola, caricata a sola polvere, ferendosi la mano destra.

Era certo Zampieri Antonio di Gio. Batt., d'anni 17, calzolaio. Il fatto avveniva così: Alcuni suoi amici stavansene in una stanza terrena; voleva egli, a solo scopo di allegria, incuter loro spavento, esplodendo, non visto, una grossa pistola d'arcione. Approntò l'arma, caricandola a polvere fin oltre a mezza canna, giunto alla porta la trovò chiusa a saliscendi; per aprirla, passò la pistola, già montata, dalla destra nella sinistra, ma inavvedutamente scattò, e rimase ferito in pieno palmo della destra. Chiamati i due medici comunali, vista l'estesa disorganizzazione del membro, uno opinò per l'immediata amputazione al terzo inferiore dell'antibraccio; l'altro per la disarticolazione della mano. In tale disparità d'opinioni, il ferito volle sentire la mia. Era allora medico del limitrofo Comune di Polesella. Trovai il palmo e la faccia dorsale di questa mano conci ad un modo da non sapere in verità a qual partito appigliarmi. Stringevami l'animo nel dover demolire un membro tanto importante in un giovanetto di 17 anni, calzolaio di professione, che sapeva scrivere e di condizioni generali le più lodevoli.

Fra quella massa informe di brandelli di parti molli, di

(*) Questa e la seguente Storia furono lette alla Reale Accademia di Scienze, Lettere ed Arti di Padova nella Seduta 8 gennaio 1882.

scheggie e di monconcini ossei, parvemi che i meno maltrattati fossero il pollice ed il piccolo dito; guidato da quel principio conservativo che sempre m' inspira, e balenatomi alla mente il brano del Velpeau, che riportai più sopra, con maggior accuratezza esaminai quelle due dita, e trovatene le articolazioni in stato soddisfacente, integri i tendini colle loro guaine, benchè a lunghi tratti scoperte, mi decisi allora praticare la disarticolazione dei tre metacarpi medii dal trapezio, dal trapezoide, dal grand' osso e dall'uncinato. Di questo importante atto operativo, oltre a' miei studii anatomici, e toltene le nozioni storiche attinte al Velpeau, nessun concetto pratico io me ne aveva. Non nascondeva quindi a me stesso nè la difficoltà dell' esecuzione, nè la probabilità delle anchilosi, che colpirebbero le superstiti articolazioni, nè le possibili purulente infiltrazioni. (*) A vero dire, questo non sarebbe proprio stato il caso d' intraprendere quell' atto operativo, cui tanto anelava. Tuttavia tenuto calcolo delle lodevoli condizioni generali e nella migliore delle ipotesi, del vantaggio che ne poteva derivare al ferito, emisi la mia opinione. Non trovò essa il favore del collega dott. Folchini, e devo pur dire che l'accolse con quel sorriso che commisera le utopie; ma fu appoggiata dall'assenso del ferito e della famiglia. Se queste mie pagine avranno la fortuna di pervenire al dotto collega, non se ne dolga se tale giudicai essere stata l' impressione prodottagli dalla mia proposta; sapevami io stesso che rasentava l'arditezza.

Atto operativo — fatto sostenere l'antibraccio dall'egregio dott. Folchini, lo pregai che esercitasse nello stesso tempo compressione sulla radiale e sulla cubitale; posta la mano in pronazione impugnai uno scalpello retto, e partii incidendo un centimetro all' innanzi di dove corrisponde l'articolazione del primo metacarpo col trapezio, feci scorrere quest' incisione per oltre due centimetri sulla faccia laterale libera del secondo metacarpo, girai allora il tagliente verso il dorso della mano,

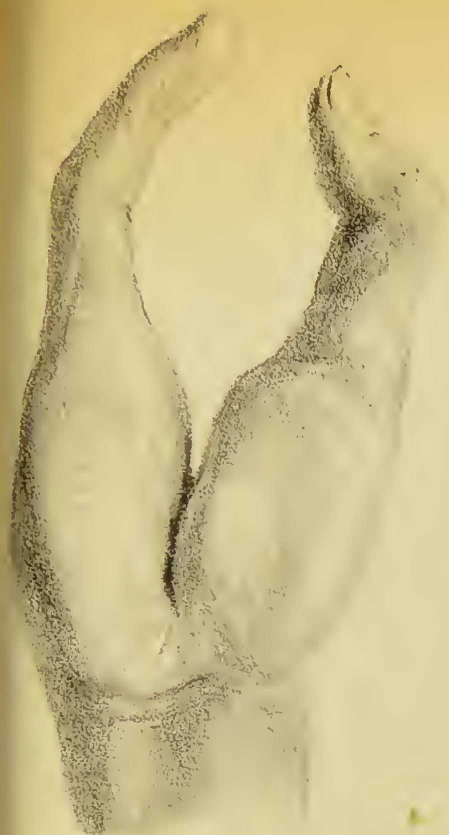
(*) Alle osservazioni di Blandin (v. pag. 11) non aveva da contrapporre che le asserzioni di Ippocrate: *Quaecumque vero circa articulos digitorum penitus resecantur, ea plerumque innoxia sunt.....* e più oltre: *At resectiones ossium perfectae circa articulos et in pede et in manu...., innoxiae sunt, si non statim animi deliquium avertat, aut quarta die febris continua accdat.* (Hippocratis Coi — De Articulis. Sect. IV).

cercando ridurre gli integumenti di questa regione a lembo convesso anteriormente e che sovrabbondasse per due centimetri oltre la linea carpo-metacarpica; quest' incisione l'arrestai allo spazio intrametacarpeo del terzo col quarto. Feci allora, da altra persona, retrarre la cute verso l' antibraccio e con un solo taglio divisi tutti i tendini estensori. Foggiai quindi a lembo anche gli integumenti palmari partendo dalla prima incisione e comprendendo nel lembo, al principio dell' incisione, l'adduttore del pollice, alcune fibre della porzione interna del piccolo flessore dello stesso, cautandomi di non intaccare il tendine del grande flessore. Ancor quivi, retratta la cute con un solo taglio incisi i tendini palmari. Ciò fatto, infissi dalla parte dorsale, il tagliente fra il quarto e quinto metacarpo, tenendomi più radente al primo, divisi il legamento palmare comune metacarpo falangeo, il palmare che unisce il quarto metacarpo al quinto ed all'uncinato, e siccome non è necessario penetrare nella linea interartrodiale per dividere i legamenti, feci puramente scorrere la punta dello scalpello su tutta l'estensione della faccia dorsale di detta linea, lussai allora all' ingiù i tre metacarpi, e portai pochi tratti di punta in corrispondenza del grand'osso, alla sua faccia palmare, per dividere la fascia legamentosa che partesi da esso, irradiandosi alla maggior parte delle ossa del carpo e del metacarpo.

Esportati i tre metacarpi, l'aspetto del moncone riuscì tale, da rendermi quasi pentito dell'opera mia, e per quanta fiducia m'avessi che, tolto di mezzo lo scheletro, il successivo processo di cicatrizzazione, coadiuvato dall'arte, sarebbe stato sufficiente ad avvicinare le due superstiti dita, in onta a ciò, il moncone non m' inspirava molta fiducia.

S' immagini una mano alla quale vengano tolte le tre dita medie coi relativi metacarpi, e si avrà un' idea della deformità ch' io creai per toglierne un'altra, guidato dall' intenzione di conservare qualche cosa di utile. Per farsi un concetto di questo moncone vedasi la figura 3 della tavola II. Veramente appartiene al soggetto della seconda Storia e porta l' impronta del lenocinio dell'arte, spiacemi a dirlo, ma il disegnatore non mi riprodusse il verismo del pezzo.

In seguito all'operazione non un tronco arterioso si fece appariscente, inutili riuscirono i topici stimolanti, dai quali desistei temendone danno alle parti molli.



...g. II



Fig. I



...g. IV



Fig. III

R. CESSI DIS.

LIT. MINELLI
ROVIGO

Poche listerelle agglutinative, filaccia, una compressa, ed una benda, costituirono il primo apparecchio di medicazione.

Pregai il dott. Folchini di sorvegliare l'operato, anzi di non abbandonarlo, per trovarsi pronto in caso di emorragia secondaria, nè fu inutile previdenza, chè nel corso della notte fu preziosa l'opera sua ad arrestarla, mediante compressione sull'omerale. Il successivo andamento, più che regolarissimo, fu sorprendente; oggi la mutilata mano è quale la rappresentano le figure 1 e 2 della Tav. I.

Le articolazioni sono mobilissime, perfetto l'antagonismo fra le due dita; il piccolo, per il processo di cicatrizzazione, si torse sul suo asse longitudinale, in modo che il lato esterno del dito è rivolto verso la palma, e la faccia palmare dello stesso sarebbe quasi interdigitale. Il Zampieri, non solo lavora dell'arte sua, ma scrive ben' anco, ed un suo autografo, vidimato dal Municipio di Crespino, unitamente ad una Storia del caso, io lo presentai al compianto ed amato mio maestro e collega dott. Giuseppe Pelizzari, troppo presto rapito alla scienza ed all' affetto di chi lo conobbe.



(*) STORIA SECONDA

Nel soggetto di questa storia si ripetè la stessa lesione dell'antecedente; la causa ne fu diversa, fu modificato l'atto operativo, e l'andamento successivo fu turbato da complicazioni, che lasciarono postumi, se non gravi, certo inceppanti, non l'esercizio del membro mutilato, ma limitanti i moti dell'articolo carpo-radiale.

Il 31 agosto 1875, Brancaleon Eugenio di Rovigo, d'anni 24, facchino, robusto, scevro d'ogni che gentilizio od acquisito, scaricando barili di birra, uno gliene scivolò capovolto dal carro, sfracellandogli la mano sinistra che rimase impegnata fra quello ed il suolo. I meno maltrattati erano il primo e l'ultimo dito, ma ancor questi scoperti quasi in totalità del comune integumento, ed intaccate le loro articolazioni metacarpo falangee. Le tre dita medie e relativi metacarpi erano fratturati, i tessuti molli lacerati e contusi; le fratture non erano comminute che al secondo; nel terzo e quarto metacarpo invece la frattura limitavasi all'estremità falangea.

Quella mano mi richiamò il caso dello Zampieri di Crespino; oltrecchè m'era grato di ripetere lo stesso atto operativo, questa volta aveva tutta l'opportunità di seguirne il successivo andamento, perchè Chirurgo Primario del Civico Ospitale di Rovigo. Come dissi più sopra, il terzo e quarto metacarpo erano fratturati alle loro estremità falangee, ecco la ragione

(*) Vedi nota a pag. 14.

che mi decise a modificare l'atto operativo, giacchè in luogo di disarticolarli dal grand' osso e dall' uncinato, credetti più opportuno di risecarli. Ed ecco come modificai il mio metodo:

Atto operativo — Un centimetro al di sotto dell' articolo metacarpo-falangeo del quarto dito condussi un' incisione, che convessa anteriormente, attraversò tutto il dorso, e facendo tenere in abduzione il pollice, incisi profondamente le carni dello spazio interdigitale che ha comune con l' indice, giunsi fin oltre al trapezio, sempre però tenendomi rasente al secondo metacarpo. Dal punto di partenza della prima, condussi altra incisione, che concava, attraversò tutta la palma ed arrivato in corrispondenza dell'articolo metacarpo-falangeo dell' indice, la feci rientrare nella prima. Dissecai tanto al dorso che al palmo le parti molli, recisi i tendini, quindi colla punta dello scalpello disarticolai, dal dorso, il metacarpo dell' indice dal trapezio e trapezoide; ciò fatto infissi maggiormente il coltello portandomi fra il secondo ed il terzo metacarpo; e rivolgendo a me il tagliente rasentai quest'ultimo; ritirando il ferro, e senza aver bisogno di nuove incisioni per la linea di frattura lo infissi fra il quarto ed il quinto, lasciando quanto più potei di parti molli aderenti a quest'ultimo; sempre ritornando per la linea di frattura del quarto e terzo metacarpo, esportai il secondo dito e relativo metacarpo nonchè il terzo ed il quarto dito colle estremità falangee dei loro metacarpi; inciso il periostio, con pochi colpi di sega ne risecai le estremità carpiche rimaste in sito. Nessuna emorragia turbò l'atto operativo nè potei eseguire alcuna allacciatura; ricondussi i lembi, ed affidai l'operato ai diligentissimi praticanti di quell'ospitale signori Gianola e Cantoni, raccomandando loro di sorvegliarlo ed all' insorgere di emorragia secondaria, praticassero la compressione all'omerale.

Localmente applicazioni fredde.

Alle 12 e 1[2 p. m. s'aveva intrapreso l'atto operativo; alle 2 e 1[2 circa insorse emorragia secondaria, che da quelli egregi giovani fu tosto frenata, ed il merito loro maggiore si è quello di essersi sobbarcati allo stesso compito anche durante la notte.

Al primo settembre (mattino) le cose procedevano regolarmente — Brodi — caffè.

Sera — qualche dolore alla parte — polsi 106 — temp. 38. 6 — idrato cloralio grammi 3, acqua zuccherata gr. 150, da prendersi in quattro riprese.

Due settembre — riposò nella notte, condizioni migliori, polsi 96, temp. 37. 5.

Sera — procede bene, polsi 94, temp. 38. 8.

Fino al giorno 12 procedette regolarmente.

12 *settembre* — brividi protratti, peggiora la località, turgore e dolori al braccio. Olio di ricino gr. 15. Nella giornata solfato di chinino centig. 50.

Sera — reazione più mite.

13 *settembre* — migliora la località, ma insiste, anzi aumenta il turgore al braccio, decisamente vi ha flemmone. Si ripete il chinino — s'insiste nelle applicazioni fredde.

15 — Condizioni più gravi — Al terzo inferiore dell'antibraccio, faccia palmare, regione ulnare, si pratica un'incisione dando esito a discreta raccolta di buonissima indole.

18 — migliora assai — scarso prodotto e bellissimo, si continua l'uso del chinino. Bracchiluvi alcalini, medicazione asciutta. Dieta I. caffè.

Ogni cosa procedette in seguito regolarmente, e fu licenziato dall'Ospitale, completamente cicatrizzato, il 27 nov. 1875, cioè dopo 89 giorni di cura.

L'articolazione carpo-radiale era ed è tutt'ora inceppata ne' suoi moti, le dita non sono mobili come nel Zampieri, però l'antagonismo del piccolo dito col pollice si fece ognor più sentito, ed oggi, quelle due dita servono meravigliosamente, al Brancaleone, tanto che caricatogli, un sacco pieno d'orzo può con quelle contenerne la bocca; afferra e solleva botticelli di birra, in conclusione, a quanto egli assicura, si serve di quelle due dita in modo da quasi dimenticare la patita mutilazione.

Devo però richiamare l'attenzione del mio lettore su alcune particolarità che presenta questa mano (Tav. II. fig. 1 e 2) e delle quali cercherò render ragione. In quella del Zampieri (Tav. I. fig. 1 e 2) scorgesi la totale ablazione dei tre metacarpi medii, in questa per contro vi è qualche cosa di tozzo, qualche cosa che non è elegante; si vede che non in totalità venne tolto lo scheletro fra le superstiti dita; di più la rotazione del piccolo, sul suo asse verticale non si effettuò comple-



Fig. I



Fig. II

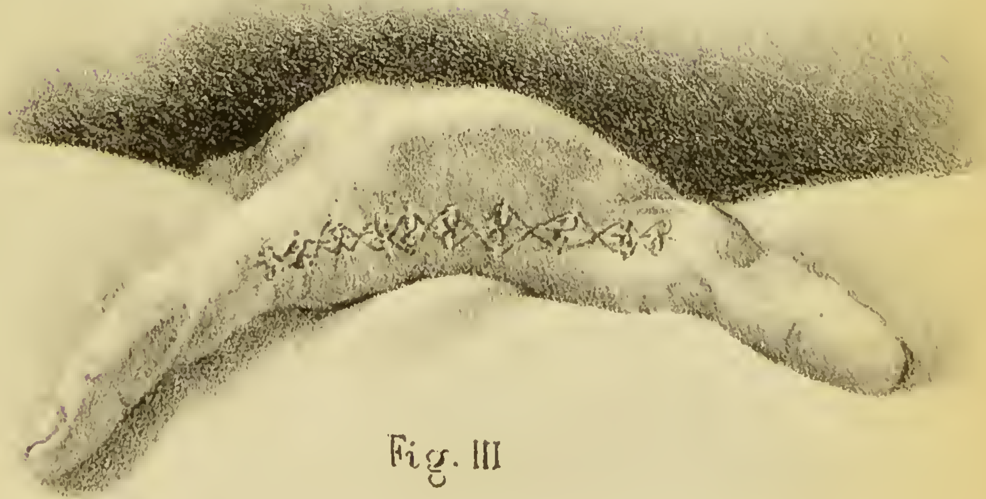


Fig. III

R. CESSI DIS.

LIT. MINELLI.

tamente come nel primo caso, e per soprammercato rimase retratto. Non escludo che il genere di lesione, lacero-contusa, abbia influito a sviluppare le complicazioni, ma non posso neanche escludere che il modificato processo operativo, cioè il non aver completamente esportati due metacarpi, non siasi fatto fomite del processo flemmonoso e de' suoi esiti. Senza contrasto poi, la permanenza di porzione del terzo e quarto metacarpo, non permisero alle due dita superstiti di bene disporsi, come nel caso del Zampieri. Non sarà facile mi si presenti un terzo caso, che richieda la ripetizione di quest'atto operativo, ma se ciò avesse a succedere, disarticolerò sempre i metacarpi, e consiglio qualunque a farlo.

STORIA TERZA



Nel mattino del 15 luglio 1875, dal Comune di Villadose, veniva trasferito all'ospitale di Rovigo, Luccio Antonio d'anni 31, villico, di lodevolissima costituzione fisica, senza antecedenti e figlio di genitori sanissimi.

Soffriva di *dactilite ossea traumatica all' indice sinistro*, le sue sofferenze datavano da circa un mese. La falange metacarpica e la media erano oltremodo ingrossate, normale l'ungueale. Al lato interno del dito esisteva un'apertura circolare del diametro d'un pezzo da due centesimi, un'altra più piccola alla faccia d'orsale, entrambi in corrispondenza con la falange media, che mediante specillazione si riscontra cariata ed alquanto mobile; le infiltrazioni purulente si facevano strada tanto lungo le guaine degli estensori che dei flessori, la faccia dorsale però era la più maltrattata.

Praticai un'estesa incisione alla faccia dorsale, che partendo dal mezzo della falange metacarpica, traversava la media ed arrivava all'ungueale; con una robusta pinzetta afferrai nel suo centro la falange media, con trazioni moderate la estrassi; arrestata la leggera emorragia, prescrissi bracchiluvi alcalini, medicazione asciutta, semicanale di cartone al dito, minorativi interni. Ogni cosa procedette bene; notavasi però, anche in seguito, scopertura alla faccia dorsale della falange metacarpica. A raggiungere il mio intento di salvare questo dito, era duopo che la stessa venisse presa da semplice processo esfogliativo, e così fu. Il 18 agosto, estrassi tutta la

lamina dorsale di questa falange, non mi restava che favorire la natura nel processo di cicatrizzazione e coalescenza della falange metacarpica con l'ungueale, e tale scopo lo raggiunsi. Il 7 settembre, dopo 55 giorni di cura, il Luccio sortì guarito ed avendo conservato un dito che non pochi avrebbero abbattuto. Al 28 agosto, trovo, che nella tabella nosologica, il mio assistente aveva scritto: «*Sorprendentemente bene*» — Egli stesso non propendeva per la conservazione. Alla Tavola I^{a}, fig. 4 è riprodotta la mano a perfetta guarigione.

STORIA QUARTA



Accordini Giacomo, di S. Giacomo di Verona, d'anni 38 scarpellino, robusto, tarchiato, d'aspetto che raro vedesi sì bello, il 29 luglio 1875, nella stazione ferroviaria di Rovigo accudiva a sollevare grandi pezzi di marmo, mediante la grossa grù del piano scaricatore. Un masso, già appeso alla catena, dopo varii giri impressi al cilindro, alzavasi qualche metro da terra, quando il grilletto d'arresto del cilindro su cui s'avvolge la catena, che sostiene il masso, lasciò presa ed il masso con il suo peso precipitoso la svolse. Nessuno dei numerosi e robusti astanti potè, nè pensò guari ad opporsi a tanta potenza; l'Accordini, di cuor generoso, temendo sciagura per gli altri, allungò la sinistra, ma non l'avesse mai fatto, chè l'ebbe concia a non dirsi.

Trasportato immediatamente all'ospitale, presentava avulso il piccolo dito, estese lacerazioni al dorso della mano, brani di cute quà e là strappati o pendenti, e frattura comminuta de' due ultimi metacarpi. Centrale al palmo eravi una ferita lacera che tutto lo attraversava nel suo diametro longitudinale, obliquando alquanto dall'origine del terzo dito verso il pisiforme; interessava la cute e parte dei tessuti molli sottostanti. Varie ferite lacero-contuse alle altre dita; scarsa emorragia, morale per nulla abbattuto. L'impensieriva solo, ch'egli tagliapietra, per tale accidente, sarebbe impossibilitato a continuare nel suo mestiere.

Se altro non m'avesse imposto, questa sola osservazione



Fig. II

Fig. I

R. CESSI DIS.

LIT. MINELLI

m'avrebbe spinto a conservare quanto m'era possibile di quel membro. I Sanitari del luogo, deplorando il triste caso gli facevano corona, e qualcuno mi susurrò all' orecchio: esserci indicazione per la disarticolazione della mano.

Nella estesa ferita al palmo viddi quasi un beneficio: « *à quelque chose malheur est bon* » la feci servire al mio scopo, risparmiando un' incisione di eguale estenzione, ed una soltanto ne praticai al dorso, parallela a quella, comprendendo nella stessa altre lesioni minori, passai così alla disarticolazione de' due ultimi metacarpi dall'uncinato, penetrando nell'articolazione dall'esterno, chè facendolo dall' interno o dallo spazio interdigitale temeva di non bene riescire, dovendo prima dividere col tagliente il quarto dal terzo metacarpo e potendo in tal caso intaccare l'artrodia dell'uncinato e del grand'osso. Con questa manovra, sicuro di aver isolato completamente il quinto e bene smosso il quarto, lussai fortemente quest'ultimo e nessuna offesa ne venne dal tagliente nè al terzo metacarpo, nè al grand'osso. Mancavanmi i lembi, e ciò avealo previsto. Durante l'atto operativo dalla collaterale e dalla perforante dello spazio intrametacarpico, si ebbe un largo getto, ma tosto spasmodicamente si retrassero, e non fu possibile rintracciarle per l'allacciatura; praticai tamponamento con Liquido Emocalino, prezioso emostatico dei fratelli Fusco di Napoli, che sempre mi corrispose pienamente in gravi emorragie. Fu applicata conveniente medicazione che permettesse ulteriori instillazioni dell'emostatico, e si pose a letto l'operato.

Nel corso di cura non insorsero complicazioni, dopo 26 giorni sortì completamente guarito; le tre superstiti dita erano alquanto irrigidite, ma protratti bracchiluvi alcalini ed un moderato progressivo esercizio le sciolsero, cominciò a trattare la pietra tenera, impugna assai bene lo scalpello, ed oggi lavora in trachite ed in marmo. La Tav. III. rappresenta questa mano tridactila tanto chiusa che aperta.

STORIA QUINTA

Trattavasi di un caso di carie dell'estremità carpica delle ossa dell'antibraccio sinistro; eseguii la resezione sottoperiostea delle stesse.

Lucchini Gaetano di Pontecchio, provincia di Rovigo, di anni 27, villico, uomo di sana e robusta costituzione, nacque da genitori sani, non ebbe a soffrire nessuna malattia prima dell'attuale, che data dall' aprile del 1875. In quest'epoca cominciò ad avvertire in corrispondenza dell'articolazione radiocarpea sinistra un doloretto muto, intermittente, che si esacerbava nei movimenti della mano; nessun fenomeno esterno accompagnava questo dolore. Un mese appresso, i movimenti dell'articolazione si fecero tanto dolorosi che fu costretto ad abbandonare ogni lavoro. Con alternative di miglioramento ed esacerbazione, giunse al marzo 1876. Vidde gonfiarsi in allora questa regione, e a poco a poco formarsi un piccolo foro sulla superficie dorsale, verso il lato ulnare, e fluire da questo della marcia. I movimenti attivi erano affatto aboliti, limitati i passivi ed assai dolorosi. Durante questo tempo, per consiglio del suo curante, ricorse a cataplasmi di linseme, ai bagni caldi e freddi, agli unguenti, al sanguisugio, ma tutto inutilmente.

Il giorno 5 aprile 1876 ricoverò nell'ospitale di Rovigo, ove fu accolto nello stato seguente:

L'articolazione radiocarpea si presenta ingrossata, ma più in corrispondenza del capitolo ulnare; la cute è cerulea e non sollevabile in pieghe. Alla superficie dorsale, verso il lato ul-

nare, si nota un piccolo foro, che dà una secrezione spontanea ossea e che si fa più abbondante sotto la pressione. Alla palpazione si ha un senso di pastosità al lato dorsale, e di fluttuazione al palmare. Lo specillo, introdotto per il foro suaccennato, avverte l'ulna ed il radio denudati per oltre cinque centimetri, ed ingrossati; le ossa del carpo illese. I movimenti attivi sono aboliti, i passivi limitati e assai dolorosi. La misurazione diede i seguenti risultati: al terzo inferiore dell'arto ammalato, l'antibraccio dava 21 centim., il sano 18; in corrispondenza dell'articolazione l'arto ammalato centim. 24, il sano 19; al carpo l'ammalato centim. 22, il sano 18. Lo stato generale lodevolissimo.

Nei primi giorni di sua degenza fu localmente curato con iniezioni detersive antisetiche e con cateretiche, internamente qualche minorativo e qualche dose di solfato di chinino. La gonfiezza diminuiva, ma cominciava ad effettuarsi la lussazione spontanea, per cui il giorno 21 aprile si passò all'*Atto operativo* — Data una comoda giacitura all'ammalato, sul letto d'operazione, posto il braccio in supinazione, fatta la compressione all'omerale, praticai un'incisione lungo il margine radiale dell'antibraccio, per circa 4 centimetri; cominciava a quasi un centimetro sotto l'apofisi del radio, ed interessava i tessuti fino all'osso; il periostio ne fu staccato in totalità, fu passata una sega a catena e si risecò un pezzo di osso lungo circa 5 centimetri. Con lo stesso metodo, dall'altro lato si risecò l'estremità dell'ulna per centimetri 6 e 1|2, ma in questo tempo essendosi rotta la sega a catena, si ricorse ad una coltellare, proteggendo i sottostanti tessuti con doccia di legno. Compiuto così l'atto operativo, che durò circa 40 minuti, frenato lo stillicidio sanguigno, introdotto un drenaggio si praticò la cucitura delle ferite con sutura attorcigliata. Fu applicato un apparecchio innamovibile, ideato ed eseguito in antecedenza per questo caso, apparecchio a sospensione, offrente il vantaggio d'ispezionare la parte e di permettere la più accurata medicazione con il massimo di facilità. Constava di due parti; l'inferiore costituita da due lamine di ferro foggiate a doccia e su desse venivano accolti e l'antibraccio e la mano, una lamina arcuata a convessità inferiore, con 13 centimetri di freccia, univa questi due semicanali. Ai due punti di congiunzione di questa lamina con i sostegni dell'antibraccio e della mano, par-

tivansi due lamine, pur metalliche, rette ed articolate, che mediante chiave potevansi chiudere, e rimanere orizzontali, in modo che formavano un solo piano su cui poggiava la località operata. Al momento della medicazione si abbassavano queste due laminette e la parte rimaneva isolata. Il pezzo superiore dell'apparecchio constavá di due semicanali, corrispondenti all'antibraccio ed alla mano, uniti fra loro mediante un archetto di rigo in ferro; questa parte superiore univasi all'inferiore mediante cinghie di cuoio che fissavansi in bottoni metallici; naturalmente queste cinghie erano guernite di una serie di fori per addattarsi convenientemente. L'apparecchio tutto guernivasi di bambagia avvolta in strato impermeabile, e mediante funicelle si sospendeva ai correnti del letto.

Nè in corso dell'atto operativo, nè in seguito allo stesso insorsero incidenti spiacevoli. La reazione fu moderata; per oltre un mese, l'operato fu colto quasi ogni giorno da febre, ingruente a freddo, tuttavia le condizioni generali si mantennero sempre lodevoli. Suppurazione sempre discreta e lodevolissima. In capo a cinque settimane dall'operazione si notò un leggero turgore e rossore al lato ulnare; penetrando con lo specillo per un foro ch'erasi spontaneamente aperto sul tragitto della ferita, si trovò l'ulna scoperta per limitatissimo tratto. Si praticarono delle cauterizzazioni a permanenza con cilindretti d'azotato d'argento. In seguito, la suppurazione andò sempre diminuendo, la cicatrizzazione procedette a meraviglia. Si tolse la parte superiore dell'apparecchio e si sostituirono ferule gessate, e ciò allo scopo di maggiormente immobilizzare la parte. Ai primi di agosto, fu colto da alcuni accessi intermittenti a tipo terzanario, e furono facilmente vinti con l'antiperiodico. All'operato si somministrò quotidianamente una dose di quarantacinque centigrammi di fosfato di calce, perfettamente neutro, prescrizione questa da me usitatissima, in ogni affezione ossea. Dopo 120 giorni di degenza, il Lucchini fu dimesso dall'ospitale nello stato seguente: condizioni generali lodevolissime; l'arto, misurato, non era più corto dell'altro che di un centimetro e mezzo, movimenti attivi delle dita limitatissimi, passivi alquanto estesi ed innocui. Nessuna differenza nella lunghezza della mano misurata dall'articolo bracchio carpeo all'estremità del medio, al luogo dell'operazione la circonferenza dell'arto non eccedeva che di un centimetro. Lo si con-









. CESSI DIS.

LIT. MINELLI. ROVIGO

sigliò a continuare i bracchiluvi e ad esercitare gradatamente la mano. Abbiamo visitato l'operato parecchie volte ed a lunghi intervalli; venne da noi prima della mietitura del 1877, non accusando sofferenza di sorta e domandando: se poteva intraprendere quella improba fatica agricola; ci riferì che lavorava con badile, in lunghi e faticosi escavi, che trascinava e spingeva carriuole. Visto la buona condizione della parte, ebbe l'assenso, consigliandolo a smettere al minimo dolore, e pregandolo a venirci vedere di nuovo. Ritornò dopo la mietitura, e riferì che nulla aveva sofferto.

La Tavola V[a] alla fig. 1 porge l'arto ammalato, alla 2 otto mesi dopo la guarigione; la 3 l'estremità risecata del radio, la 4 quella dell'ulna.

A questi casi di mia pratica, cui sono ben lontano dal dare un'importanza esagerata, e che pubblico soltanto per quel debito che ha ogni cultore delle discipline nostre di offrire il suo contingente; a questi, spettanti alla chirurgia conservativa applicata alle mani, ne faccio seguire altri due relativi ai piedi.

I piedi, sembrano a prima vista, assai svantaggiosamente situati per rispondere ai tentativi della conservatrice chirurgia. La loro complessa costituzione anatomica, la frequenza con cui i processi morbosi attaccano più d'una parte della loro ossea struttura, la loro distanza dai centri circolatori, la poca speranza di ottenere reali vantaggi e stabili dopo l'ablazione delle parti ammalate; tutto ciò fece sì, che i chirurghi rimasero per l'addietro, spesse fiate perplessi, timorosi anzi, di estendere su dessi i benefizi della chirurgia conservativa. Prima del 1828, io non mi saprei un chirurgo che, avendo a trattare un'affezione del piede, richiedente atto operativo, intraprendesse di meglio che l'amputazione al luogo di elezione, cioè immediatamente sotto il ginocchio. Chopart fu quegli che appunto nel 1828, introdusse la sua disarticolazione medio-tarsea. Nel 1845, Syme progettò la sua, che quantunque esporti tutto il

piede, pure per quello che facevano i tempi, ancora registrasi fra i fasti della chirurgia conservativa d'allora. Nel 1847, Wakley esportò l'estremità tarsea della gamba, l'astragalo ed il calcagno. Poco dopo, Teale estrasse con brillante risultato il calcagno, l'astragalo, ed il cuboide. Ed è da quest'epoca, per servirmi delle parole di Hancock (*) «che i chirurghi cominciarono a rompere le pastoie dell'abitudine, ed a pensare «ognuno con il proprio cervello». — Cominciarono a studiare e comprendere la bella, sorprendente e meccanica conformazione del piede e d'ogni sua parte, e si capacitarono, che ognuna, per piccola sia è pur utile e degna d'esser conservata. L'esempio attecchì, fu religiosamente raccolta la tradizione, ed oggi possiamo dire non esservi forse altra regione del corpo, che siasi tanto studiata e che abbia ottenuti nel campo della chirurgia conservativa tanti benefici e vantaggi.

Se ammirammo il genio di Chopart, di Syme, di Wakley, di Teale, di Mayor di Losanna, oggi è col massimo dell'orgoglio che citiamo i Vanzetti, i Pirogoff, gli Hancock, i Rizzoli, i Palasciano.

Come già dissi per le operazioni della mano, anche per quelle dei piedi, i buoni risultati dipendono dalla giudiziosa scelta dei casi. Nel mio limitato esercizio potrei portare un contributo, di valore non indifferente, a quelle statistiche d'infausti successi avuti per tubercolosi, prima d'ottenere la guarigione della località. Dovrebb'essere ormai nella convinzione di tutti, che pria d'altro, è d'uopo pienamente cautelarsi riguardo alle condizioni degli organi respiratori, e scegliere soltanto que' casi in cui è possibile *esportare totalmente* le parti ammalate.

(*) On the Operative Surgery of the Foot and Anckle — Joint — By Henry Hancock.

STORIA SESTA

Il 10 Novembre 1872 entrava nell'ospitale di Rovigo Zampirolli Bavaglia Carlo, d'anni 8, di Rovigo, trovatello. La scrofola, per cui vanno tristamente celebri questi disgraziati, aveva attecchito nel nostro soggetto in modo allarmante, e sotto varie forme ed in varii tessuti, faceva di sè triste mostra. Cicatrici di pregressi ascessi al collo ed al volto, eczema alla faccia, otorea, congiuntivite, carie del primo metatarso sinistro, e compartecipazione allo stesso processo del primo e secondo cuneiforme. Non dettaglierò la lunga storia di questo irascibile, cattivo, ma infelice ragazzo; farò noto soltanto, che l' esistenza ne fu a lungo e ripetutamente minacciata, che con cura interna cercai di correggerne il generale, e che quanto a località dovetti passare all'esportazione del primo metatarso, del primo e secondo cuneiforme, rispettando le falangi. Le complicazioni locali furono pur molte: per lungo tempo, il piede tutto fu tratto in consenso, da temersi e seriamente, di doverlo sacrificare. Localmente cauterizzazioni a permanenza con cilindri di azotato d'argento, spugna preparata e laminaria digitata, bagni alcalini per immersione, protratti d'assai, estese spalmature giornaliere di tintura di jodio. — Dopo 303 giorni di indefesse e pazienti cure, escì guarito alle diverse località, e rifatto nel generale, ed io guardava con compiacenza quel dito grosso ridotto alle sole falangi, da sembrare rudimentale, sal-

vato a tanta catastrofe. Era mio consiglio venisse spedito per tutta una stagione ai bagni marini, ma non fu possibile. Quattr'anni dopo l'operazione presi il modello in gesso del piede operato ed è quale lo presenta la Tavola IV.ª Quanto a condizioni generali, lodevolissime: e nessuna traccia di zoppicamento offre nell'andatura.





R. CESSI DIS.

LIT. MINER...

STORIA SETTIMA

È Carraro Antonio d'anni 38 di Bosaro, negoziante di canape, che si presenta al nosocomio di Rovigo per essere curato d'una affezione al piede sinistro. Viaggiando egli, nel giorno 6 aprile del 1876, per certe sue facende, ed avendo al calesse un cavallo alquanto bizzaro, volle sfortuna gli si rompesse una guida. Sperando schivare danno maggiore, si gettò dal rotabile; spiccato il salto, male incontrava il terreno, ed a quanto asserisce, cadde in modo che il piede sinistro piegossi violentemente all'interno. Da persone presenti fu sollevato e tosto risentì un senso d'intorpidimento al piede, e provò grande difficoltà nel ricondurlo alla posizione normale, ma dopo ripetuti tentativi vi riesci.

Trasportato a domicilio, e sopravvenuto il medico, credette questi opportuna l'applicazione di un apparecchio innamovibile. Alcuni giorni dopo, il curante riscontrava al dorso del piede tre flictene, che furono aperte dando esito a contenuto sieroso. In breve tempo, due di esse cicatrizzarono, mentre la terza si estese in basso ed all'interno, fino al malleolo, e si convertì col tempo nel focolaio purulento che esiste tuttora. Dopo circa due mesi, vedendo l'ammalato aumentarsi la suppurazione, consultava altro medico, che praticò un'incisione al di sopra del malleolo esterno, avendo notato mediante la specillazione che fino a quivi esisteva un tragitto; l'ammalato asserisce: che dopo praticata l'apertura, il consulente potè attraversare un osso in tutta la sua grossezza mediante lo specillo. Fu in seguito chiamato un secondo consulente, ed opinò questi per l'appli-

cazione di un setone per i fori comunicanti. Tale mezzo, anzicchè portar giovamento, produsse maggiori dolori, gonfiezza maggiore, ed un' escara gangrenosa si formò in corrispondenza del malleolo interno. Abbandonato per tali motivi il setone, veniva dal curante consigliato a desistere da qualunque medicazione, assicurandolo: essere il tempo il farmaco più addatto per la guarigione. Soffrì in seguito il Carraro di reumatismo muscolare, ed a quanto dice: anche di trisma, (?) per lo spazio di 20 giorni, passato il qual periodo, meno la località, che andava di male in peggio, si rimise. Pensò allora ricorrere all'ospitale, e presentava quanto segue:

Ogni funzione compiesi in lui fisiologicamente, procede da genitori sanissimi, negativi gli esami plessimetrici, e stetoscopici; d'aspetto però è gracile ed offre marcati caratteri di deficienti emasie, d'altronde non accusa sofferenze che all'articolo tibio-tarseo sinistro. Il padre suo vive tuttora, la madre morì di malattia acuta, e l'Antonio non soffrì mai malattia di sorta.

Il piede sinistro è affetto da lussazione interna, la regione tarsea in uno all'estremità tibio-peronea è leggermente rigonfia, la cute di tali regioni alquanto tesa, lucente e di un color roseo plumbeo; l'astragalo fa sporgenza sotto il malleolo interno. A quattro dita trasverse, circa, superiormente al malleolo esterno trovasi un'apertura, altre due se ne riscontrano all' interno del piede, una cioè in corrispondenza del malleolo, l'altra a quattro dita trasverse sopra lo stesso.

Impossibilitato ogni movimento attivo, dolentissimo riesce ogni tentativo per imprimerne di passivi.

Dalle aperture geme *pus* di carattere osseo, lo specillo riscontra denudate le estremità della tibia e del perone, si trapassano facilmente; l'astragalo pure è cariato. Nell'arto ammalato, passata la cordella metrica in corrispondenza dei malleoli, misuransi 24 centimetri, nel sano 22, quattro dita trasverse al disopra dei malleoli dell'arto affetto si hanno centimetri 18, nel sano 16, sotto ai malleoli dell'arto ammalato, la circonferenza è di 27 centimetri, nel sano 26.

Quantunque questa vasta articolazione abbia già da tempo perduti i suoi rapporti anatomici, quantunque il processo carioso abbia influenzati consensualmente i tessuti molli, tuttavia il Carraro nello stato di quiete non accusa che lievi sofferenze.

Egli veniva sottoposto fino dal suo ingresso ad un regime

dietetico ricostituente. Si propinò ferro ridotto dall' idrogeno, apparecchiato dal Favilli, e vi si aggiunse fosfato di calce; localmente un tubo a drenaggio ed un semplice apparecchio contentivo.

Ma se in tal modo migliorarono le condizioni generali, l'aspetto della parte non riesciva di certo molto lusinghiero, e credetti opportuno di passare ad un atto operativo, avendo già stabilita la diagnosi di *carie delle estremità della tibia e fibula e di quasi totalità dell'astragalo*. L'atto operativo era stato stabilito nella *resezione delle estremità delle ossa della gamba ed esportazione dell' astragalo*.

E fu eseguito mediante due incisioni laterali, dalle quali con processo sottoperiosteo furono risecate le estremità ossee corrispondenti; e l'astragalo, che alla sua unione con il calcagno fu riscontrato integro, fu risecato per l' incisione corrispondente alla tibia. Nessun inconveniente turbò questa operazione. Rimesso a letto l'operato, l'arto veniva raccolto in un semplicissimo apparecchio contentivo a sospensione ; localmente epitemi freddi. La susseguente reazione fu mitissima, fatto riscontro con la gravezza dell'atto operativo. La suppurazione si avviò della miglior indole ed in quantità discreta. Dopo qualche giorno di propinazione di solfato di chinino, si ritornò al ferro ridotto dall' idrogeno, unito al fosfato di calce, aggiungendovi globuli arsenicali. Localmente veli fenicati, poca filaccia e bambagia. Dopo 73 giorni veniva tolto l'apparecchio a sospensione, e si potè allora riscontrare, che quantunque si avessero esportati, fra le ossa della gamba e l'astragalo, circa 10 centimetri, l' arto non erasi accorciato che di due, la riproduzione della tibia e fibula fu completa. A maggior garanzia, l'arto fu collocato in una staffa gessata che si univa verso il terzo medio della gamba. Il giorno 30 novembre, si tolse ogni medicazione e si licenziò il Carraro perfettamente guarito. Ora egli può camminare senza neanche l'aiuto d'un bastone e con impercettibile claudicazione. Le condizioni sue generali sono sempre eccellenti. La Tavola VI lo riproduce prima e dopo operato.

TAV. I

Fig. I

Fig. II

R. CESSI DIS.

LIT. MINELLI

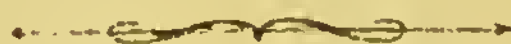
— Riferirò ora:

I. Un caso d'idrocele bilaterale delle vaginali, complicato nel destro da idrope di un vecchio sacco erniario, curati radicalmente entrambi.

II. Un caso di completa inversione della vagina e dell'utero, curato radicalmente ed a permanenza, mediante la perineoplastica retto-vaginale.

III. Un caso di frattura trasversa della rotula, completamente guarito mediante l'applicazione di un mio apparecchio.

IV. Un caso di anchilosi cicatriciale della mascella inferiore.



CASO PRIMO



Nelle ore pom. del 20 maggio 1873 veniva ricoverato nel civico Ospitale di Rovigo, e collocato al N. 37 della divisione Chirurgica maschile, sala Sussidio, certo Visentini Luigi, di Guarda Veneta, contadino: l'accompagnatoria del medico comunale lo diceva affetto da idrocele doppio. Nel successivo mattino del 21, il Visentini ebbe la mia prima visita.

È un uomo di lodevole costituzione, scevro da discrasie, robusto di buon colorito, e d' un aspetto che per nulla palesa i suoi sessant'anni.

Figlio di genitori sani, morti entrambi in tarda età, visse sempre sano, eccettuata qualche febre intermittente e successivo infarto splenico, che fu convenientemente curato.

Nel verno del 1864, cercando, con rilevante sforzo, di smuovere un pesante tronco d'albero atterrato, risentì ai lombi, ciò ch'egli qualifica per un *senso di strappamento, accompagnato da scroscio:* continuò pel momento nelle sue mansioni, ma sempre addolorato ai lombi, e tre giorni dopo, rimarcava all' inguine destro un tumoretto del volume d'un'avellana, occultantesi totalmente sotto la pressione, e quasi del tutto nella giacitura orizzontale: ogni giorno ingrandivasi sempre più, ed aumentando di sensibilità, facevasi strada allo scroto.

Ricorse a medico consiglio, e dettogli esser quella una *rottura,* gli venne prescritto l'uso del cinto erniario; ottemperò il Visentini all'ordinazione; e si munì di riparo, che costantemente tollerò fino al 1872. A quest'epoca, spezzatasi la molla

del bendaggio, e dandogli perciò noia non indifferente da prima, e quindi causandogli abresioni cutanee, nè avendo mezzi di acquistarne uno nuovo; incoraggiato, anche non garantito, dalla non comparsa del tumore, nella stazione eretta e nell'accudire a faticosi lavori di campagna, pensò di farne senza e d'allora più non se ne servì.

Qualche mese dopo, senza apprezzabile causa, notò all'inguine sinistro un tumoretto indolente della grandezza di una noce; esperito dal primo, ne istituiva il Visentini paragone, e trovandolo indolente affatto e non occultantesi nella posizione supina, ne traeva pronostico a suo vantaggio, quantunque giornalmente aumentasse. Ma, circa un mese dopo, insorse nuova complicazione: manifestavasi cioè, nell'inguine destro affezione del tutto simile a quella del sinistro. Prima d'interpellare persona dell'arte, non essendovi neanche pressato da sofferenze, stette il Visentini in osservazione del modo di comportarsi *dei due gemelli*, com' ei li chiama. Scorreva il tempo, ed indolenti aumentavano; raggiungendo al principio del 1873 il volume attuale. Il disturbo maggiore era, non tanto l'impaccio che gli causavano nel camminare, quanto lo stiramento prodotto dal peso, e l'angustiava d'assai il farsi appariscente il loro volume anche sotto il vestito, in modo che la tema dello scherno, più che altro, lo spinse a presentarsi al proprio medico. Dicendogli questi, che ove lo spingesse desiderio di completa guarigione, eragli necessario un atto operativo, il Visentini che ben mirava a ciò, chiese per la miseria in cui versa, d'essere trasmesso all' Ospitale.

Tale è l'anamnesi, nè per quanto io l'invitassi a voler più chiaramente espormi il modo di comparsa e progressivo sviluppo dei due tumori, e più che tutto interrogatolo sulle accidentalità del destro, non potei averne meglio di quanto esposi.

Presentava la cute dello scroto enormemente distesa per due tumori in esso contenuti, uno a destra ed a sinistra l'altro, della grandezza, il primo, di tre pugni di adulto, e di due il secondo, divisi da un solco diretto all'ingiù alquanto obbliquamente a sinistra. Il pene era quasi scomparso fra le sporgenze che facevano a' suoi lati i tumori, e quel tanto che ancor ne appariva, era spostato a destra e coperto da rugoso prepuzio. La cute scrotale non era alterata, solo presentavasi d'un rosso più intenso del normale, tendente in qualche punto

al pavonazzo; spiccatissime ramificazioni venose superficiali e profonde, e diverse in calibro, la scorrevano in ogni senso.

Decumbente, l'ammalato non soffriva verun incomodo, nè rimarcavasi riduzione di volume o modificazione di forma ai tumori; nella stazione eretta per contro, soffriva per il loro peso, non aumentavano di volume. Erano pesanti, ed alla palpazione e pressione s'era fatti certi esserne liquido il contenuto.

La cute e gl' involucri sottostanti *del destro* erano meno tesi: il tumore sarebbesi detto quasi pastoso, e tale sensazione avvertivasi maggiormente alla metà inferiore: colla pressione, anche rozza, alla base, il contenuto non risaliva all'inguine, ma bruscamente pareva arrestarsi, quasi per ostacolo, al congiungersi dei due terzi inferiori col superiore: l'ammalato però dichiarava, che questo tumore erasi fatto alquanto più molle in seguito a contusione diretta sofferta venti giorni addietro.

Credo essermi espresso, che *sul sinistro* la cute era più tesa; tuttavia con la pressione vedevasi il liquido risalire verso l'inguine.

Esaminatane in entrambi la trasparenza, solo *il sinistro* dava passaggio alla luce.

Asseverando il Visentini, essere stato il loro sviluppo estrinseco ai testicoli, si poteva *a priori* inferire le buone condizioni di questi organi. Però, mediante la palpazione si poteva accertarsi soltanto della posizione del sinistro, che abbastanza bene riscontravasi, di volume e consistenza normali, situato posteriormente ed alquanto inferiormente; il destro non risaltava al tatto, pure subbiettivamente si presumeva nella stessa posizione dell'altro, dichiarando l'ammalato, in ripetuti esperimenti, di provare ivi, sotto la pressione, le stesse sensazioni provate a sinistra, ove noi dicevamo trovarsi la ghiandola seminale.

Ma ciò che maggiormente colpiva era la forma diversa, inerente a questi due tumori. Il Visentini, dalla loro comparsa non essendosi mai servito di mezzi di riparo di speciale confezione, quali generalmente usano individui pari suoi, nè avendo adottato l'uso del comune sospensorio, non solo non erano stati spostati i testicoli dalla compressione, ma i tumori stessi non eransi modellati a veruna di quelle strane forme, che alle volte riscontransi in chi di tali apparecchi si serve. Tuttavia, la forma loro diversa colpiva d'assai.

Nel sinistro, spiccava quella, caratteristica dell'idrocele della vaginale: cosicchè, tenuto calcolo d'essa, del peso, della fluttuazione, della trasparenza, della posizione del testicolo, ne fissai il diagnostico per *idrocele semplice della vaginale.*

Il destro, benchè alla parte inferiore e media si delineasse con assai poca differenza dall'altro, pure assai se ne scostava. Era torto obbliquamente a sinistra sul suo asse longitudinale, la base faceva maggior sporgenza, e quasi s'addossava su quella del sinistro e presentava poi all'estremità superiore una forma del tutto propria. Il comune integumento non si prestava come nell'altro a ben marcarne l'apice, ma era modellato su qualche cosa che faceva salienza lungo tutta l'estensione della branca orizzontale del pube, ed anche alquanto superiormente alla stessa. in modo che per la statica, benissimo s'avrebbe detto esser questo tumore a base inferiore, ma per le proporzioni non si andava errati dicendo averla esso superiormente. Vedi Tav. VII. fig. 1.

Benchè la contusione diretta riportata dal Visentini, venti giorni prima, potesse aver causate interne emorragie e dar così ragione della nessuna trasparenza, o dipendesse questa da densità di liquido o da ispessimento di tonache, pure, tale accidentalità associandosi alla forma singolare ed al particolare senso di fluttuazione, stabiliva tale un complesso bastante a mettermi sulla riserva per la diagnosi.

Propendeva sulle prime a crederlo un idrocele diffuso del cordone spermatico: ma se a tale supposizione mi guidava la straordinaria estensione della sommità e la fluttuazione più manifesta alla base, mancava poi del tutto quel solco semilunare caratteristico, che sempre distingue, in tale specie d'idrocele, la base del tumore dal sottoposto testicolo. Nel preparato in in cera di questo pezzo patologico, meglio che dalla Tav. VII. fig. 1., — fatta astrazione dal solco mediano, che quantunque spostato obbliquamente a destra, pure altro non rappresenta che il setto scrotale, si può accertarsi dell'omogeneità della superficie del tumore: e quale offresi alla vista in detto preparato, tale corrispondeva al tatto. Aggiungasi quanto accennai di sopra circa alla nessuna comunicazione del liquido colla cavità addominale, e credo non aver errato se esclusi trattarsi d'idrocele diffuso del cordone spermatico.

Ancora in riguardo all'estensione dell'apice ed alla dire-

zione del tumore, avrei potuto sospettare trattarsi d'un idrocele diffuso del cordone, complicato a quello della vaginale, ma anche in tal caso, mancava il solco quasi patognomonico di tal forma e che distingue i due idroceli in anteriore e posteriore.

Sospeso nel giudizio, m'era pur sempre presente il fatto dell'ernia inguinale manifestatasi nel 1864 nel Visentini; il cinto costantemente portato dallo stesso, per ben ott'anni, ed il non esser più ricomparsa l'ernia, da quand'egli abbandonava ogni mezzo contentivo. Fissando la mia attenzione su tale circostanza, confesso che la memoria potè allora far tesoro delle preziose osservazioni del prof. Rizzoli (*) *Su alcuni casi d'idrocele for-*

(*) Collezione delle Memorie Chirurgiche ed Ostetriche del prof Francesco Rizzoli. Vol. II. pag. 46. Bologna 1869.

Il Rizzoli nella sua Memoria: *Del trattamento chirurgico di alcune ernie inguinali congenite associate etc.* nella nota (pag. 43) riporta altra elaborata Memoria del dott. Leopoldo Golinelli, e la fa precedere da queste parole:

In alcuni casi l'idrocele si forma anche entro il sacco erniario somministrato dal peritoneo. Su tale fatto, poi che è l'argomento svolto dal Golinelli, questi continua: ...... « considerata l'importanza della conoscenza di tale malattia, considerato che la medesima sino al giorno d'oggi (1864) passò quasi inosservata dai migliori trattatisti di Chirurgia, od almeno non fu esplicitamente indicata, nè accuratamente descritta etc. » quindi più oltre:

« Che la malattia in discorso non sia per anco ben conosciuta, me lo prova un caso riferito nell'Ebdomadario Clinico, preso dall'Archiv. der Heilkunde 8 fasc. 1864 (Vedi Ebdomadario Clinico N. 92), ove fu fatta l'erniotomia, e non si rinvenne che un sacco erniario, non contenente nè intestino, nè omento, ma solo una certa quantità di liquido rosso-bruno, quantunque si fosse creduto trattarsi di ernia strozzata, avendo l'infermo presentato in antecedenza tutti i sintomi che la denotano. Un altro fatto che potrebbe in qualche guisa appoggiare la mia asserzione, si legge nella *Gazette des Hopitaux*, (N. 82, 14 luglio 1864) sotto il nome di *idrocele del sacco erniario.* »

Il soggetto di questa storia, entrò il 21 aprile 1864 all'Hôpital de la Charité, sala *Sainte Vierge,* letto N. 1 e fu curato da Velpeau. Il dott. Burland, interno, è l'autore della Memoria inserita nella citata *Gazette des Hôpitaux,* e fa osservare che: *nelle opere antiche nulla si trova riferibile al trattamento dell'idrocele del sacco erniario,* e che il Velpeau fu il primo a trattare questa varietà d'idrocele, come quello della tunica vaginale.

Il Velpeau aveva diagnosticato quel caso, così: *Ernia antica, entero-epiplocele, con riduzione dell'ansa intestinale: attualmente epiplocele, con spandimento di un liquido rossastro nel sacco erniario.*

E che quella degli stranieri sia proprio giustificabile e perdonabile ignoranza, circa quanto da noi si fa e si pubblica? e saremmo noi scusati, se avessimo ad invocare lo stesso principio riguardo a loro?

matosi dentro il sacco erniario somministrato dal peritoneo: e fra gli altri di quello in cui trovò contemporaneamente una: raccolta sierosa nella vaginale propria del testicolo ed una raccolta purulenta nel sacco erniario. Fu raggio di luce, che mi tolse ad ogni incertezza, non perchè nel dubbio ad ogni supposizione mi sarei appigliato, ma perchè allora mi resi ragione dei possibili cangiati rapporti anatomici, ed intravvidi appunto la possibilità di un sacco erniario non rientrato con l'ansa intestinale, forse per contratte aderenze; ammisi la possibilità di un versamento nello stesso e complicarsi l'idrocele della vaginale destra con idrope di sacco erniario pur destro. La fig. 2 rappresenta il concetto della condizione patologica da me supposta.

Una marcatissima nota gastrica non permisemi di cimentare in giornata, mediante atto operativo, la verità, o meno, della fatta diagnosi; dichiaro che la mia curiosità, d'altronde giustificabile, sentiva d'impazieza.

L'imbarazzo delle prime vie richiese di cura dal 21 al 31 maggio.

Nel mattino del 31 maggio, trovandosi il Visentini in buone condizioni quanto a generale, intrapresi l'atto operativo.

All'asserzione del dott. Burlaud, che Velpeau (1864) fu il primo a trattare questa varietà d'idrocele, contrapporrò: che il dott Onofrio Santinelli, già dall'anno 1852, nel *Bollettino delle Scienze Mediche di Bologna*, pubblicava alcuni casi di *idrocele acuto e di ascesso del sacco erniario*, curati dal prof. Rizzoli; e nulla mi duole di strappare questa foglia, dalla corona d'alloro del grande maestro francese.

E che sia sempre, proprio sempre, soltanto pura ignoranza?

Nel 1840, se la memoria non mi falla, il Signoroni inventava il suo torcolare e ne pubblicava, questo lo do per certo, la descrizione nel Vol. 87 degli *Annali universali di Medicina* Nel 1841 il Rizzoli apportava alcuni perfezionamenti allo stesso, nel 1856 Broca, l'illustre chirurgo francese Broca, nella sua opera: *Des aneurysmes et de leur traitement,* Paris 1856, pag. 821, invoca le correzioni fatte dal Rizzoli, fingendo ignorarlo. Ed ora, già che sono nel campo dell'emostasia, dirò che J. Y. Simpson nei *Medical Times and Gaz.* gen. 1864 ed il dott. Joseph Hutchinson nel suo Saggio sull'*acupressura*, Albany U. S. 1869, si disputano la priorità di tal metodo; mentre era usato dal Rizzoli fino dal 1857.

Altro fatto, nel 1845, 50, 52 il Rizzoli inventava, perfezionava e descriveva il suo enterotomo *a divaricazione parallela*, nel 1853 il Gerdy lo voleva far suo, e di Enrico Smith vuol farlo il Curling nel suo *On the rectum* III ediz. pag. 44, 1863. Ed il prof. Vanzetti non dovette forse rivendicare al Grandesso l'allacciatura elastica che il Dittl erasi fatta sua? E potrei continuare.

Con un trequarti ad asta vuota, continua nell'impugnatura, e quivi munita di foro di sortita, e con fenestrature corrispondenti a quelle della cannulla, punsi per primo l'idrocele sinistro, e fluirono dallo stesso 557 grammi di un siero citrino limpidissimo; injettai quindi nella cavità del sacco 409 grammi di vino generoso a 32.° R., che vi lasciai soggiornare per qualche minuto.

Fu forse imprudenza la mia, operare nello stesso giorno anche il destro, ma francamente dichiaro che, più del desiderio di constatare la diagnosi, mi persuasero a farlo la costituzione e le buone condizioni dell'ammalato.

Afferrato dunque il tumore destro con la sinistra, v'infissi il trequarti, e tosto sgorgò dall'impugnatura dello stesso, un liquido denso e quasi filante, di un colorito che stava fra quello dei fondi di caffè e di vino di Malaga. Mano mano che fluiva, appiativasi il tumore, ma la parte che ne costituiva circa il terzo superiore, non dava traccie di cambiamento nè di forma nè di consistenza e tale si mantenne fino a che scolò dalla cannulla l'ultima goccia di liquido, che si riscontrò essere 375 grammi.

Lasciata in sito la cannulla, introdussi per la stessa il trequarti d'assaggio del Rizzoli, mantenendone inguainata la punta. Giunto a contatto della parete del tumore, affidai gli strumenti al mio assistente, per accertarmi ancora una volta del contenuto del superstite tumore; riscontrai che mancata la pressione per il vuotamento dell'altro, era più accessibile al tatto; convinto che esclusivamente liquido ne era il contenuto, spinsi la punta del trequarti d'esplorazione, e dalla vinta resistenza, certo d'averne trapassato il sacco, estrassi l'asta e fluirono dalla cannulla del trequarti d'assaggio 185 grammi di un siero citrino trasparentissimo. Potei allora con tutta certezza asserire, non essere questo tumore costituito da altro che da idrope di un sacco erniario. Scomparso il tumore tolsi la cannula dell'esploratore, lasciando in sito la prima. Benchè prevedessi, e ciò con piacere, che l'injezione non sarebbe penetrata nel sacco superiore, tuttavia caricai la siringa con 400 grammi di vino generoso alla medesima temperatura del primo.

Per quanta sicurezza mi avessi che il liquido che stava per injettare non sarebbe penetrato nel sacco erniario, tuttavia prima di praticare l'injezione, volli che il mio assistente, te-

nendo con una mano la cannulla, mi esercitasse con l'altra una compressione contro la branca orizzontale del pube. Injettai il liquido io stesso, e vedeva formarsi un tumore di forma singolare; quasi sferico inferiormente, designavasi a mezzaluna alla parte superiore. Trovatolo abbastanza disteso sospesi l'injezione che potei calcolare a circa 300 grammi; dopo cinque minuti diedi esito alla stessa.

Prescrissi l'applicazione locale di compresse inzuppate in vino generoso, riscaldato a 30. R., ne raccomandai la frequente rinnovazione e la costante temperatura.

Alla visita della sera, riscontrai: — reazione locale discreta, generale moderatissima, qualche dolore intestinale, addome però trattabile, tre evacuazioni.

Nel successivo mattino, 1 giugno, trovo registrato: — reazione locale aumentata d'assai e più a destra che a sinistra, notte insonne, nelle prime ore della quale ebbe leggero deliquio, lingua arida, diminuiti i dolori intestinali, temperatura 38. 7, polso 112 — frizioni mercuriali all'addome, continuano i fomenti di vino, internamente decozione tamarindata; tre brodi, due tazze di caffè.

Alla sera stesso stato.

2. giugno — manifestasi alla località quel turgore infiammatorio indispensabile all'esito felice della cura radicale intrapresa — condizioni generali lodevoli, temperatura 38, polso 100 — si continuano i fomenti di vino, internamente decozione tamarindata — dieta prima, due tazze caffè.

3. detto — Procede regolarmente la località, lingua sporca, alvo tardo, nessuna reazione, si continuano i fomenti di vino, olio di ricino grammi 15; dieta prima, due tazze caffè.

4. detto — Quanto a reazione locale, la migliore desiderabile; non ebbe che una scarica, lingua ricoperta da intonaco denso biancastro. Continuano i fomenti, si ripete l'olio di ricino, clistere purgativo; dieta prima, caffè una tazza.

5. detto — Bene alla località, condizioni generali migliorate, evacuò; si continuano i fomenti; dieta prima, caffè una tazza.

6. detto — La reazione locale avendo raggiunto il grado desiderato, si sostituiscono i cataplasmi emollienti ai fomenti di vino; bene nel generale; dieta seconda, caffè una tazza.

7. detto — Procede regolarmente la località, alvo tardo;

polveri di sedlitz purgative due dosi, qualora la prima non producesse il desiderato effetto; continuano i cataplasmi, dieta seconda, caffè una tazza.

Nessun epifenomeno locale, nessuna complicazione nel generale, invariata la medicazione locale fino al 16 Giugno, ventottesimo di sua presenza nell'ospitale, e sedicesimo dall'operazione. In questo giorno si sospesèro i cataplasmi emollienti, dando mano ai solventi: foglie di cicuta, foglie di jusquiamo, di ciaschedune grammi 60, cotte in quanto basta d' aqua per un tempo necessario a ridurle in poltiglia, colate per setaccio, vi si aggiunga gommoresina ammoniaca grammi 30, previamente sciolti in quanto basta di aceto di vino. Questi cataplasmi da rinnovarsi mattina e sera.

Il 17 giugno, il turgore era diminuito assai, e progredì sempre in meglio fino al licenziamento del Visentini che fu il 22 luglio, cioè 65 giorni dopo il suo ingresso, e 53 dall' operazione.

La fig. 3 della Tav. X, lo rappresenta nelle condizioni in cui fu licenziato.



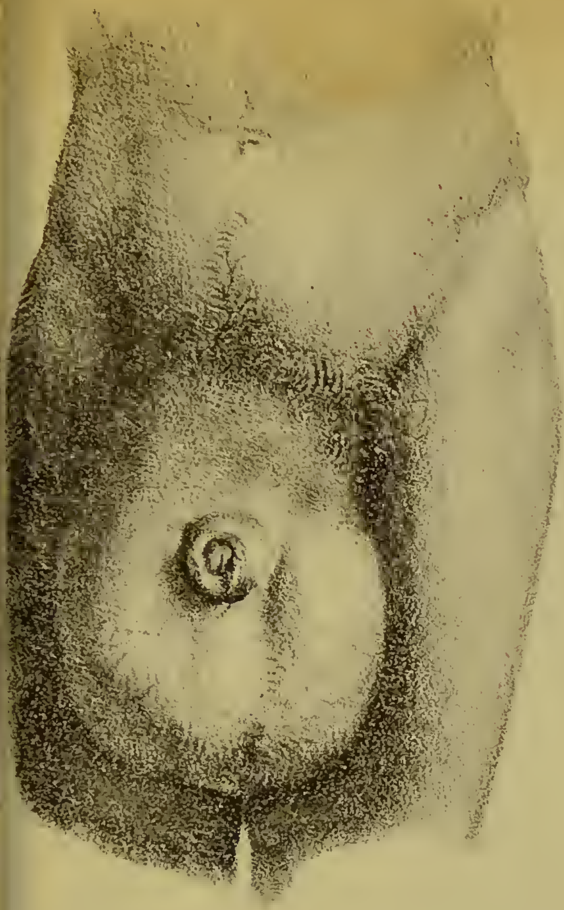


Fig. I

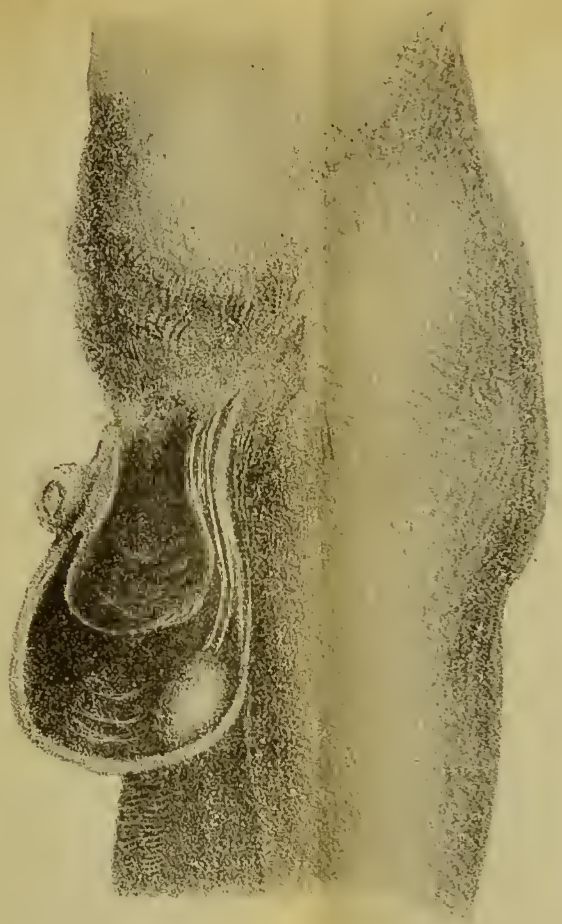


Fig. II



Fig. III

R. CESSI DIS.

LIT. MINELLI

(*) CASO SECONDO

Beatrice Callegarin d'anni 32, contadina di S. Martino all'Adige, è donna di sana e robusta costituzione fisica; nella sua gioventù non ebbe malattie di sorta; mestruata a circa 14 anni, le purghe sue fluirono sempre regolari e per epoche e per quantità, nè ancora è entrata nella menopausa. Prese marito a 22, ebbe tre gravidanze che condusse felicemente a termine ed all'epoca d'ogni parto si sgravò per le sole forze della natura.

A suo detto, soffre da sett'anni, cioè dall'ultimo parto, di *caduta della matrice*; esaminatala, ecco quanto presenta:

L'apertura della vulva ha perduta la configurazione sua, e le grandi labbra altra ne delimitano di quasi perfettamente circolare, le ninfe sono scomparse e pende fra le prime un corpo della grossezza di circa un pugno di adulto, alquanto allungato, a superficie rugosa ed alla sua estremità libera, scorgesi al centro della stessa, una fessura trasversa di circa 4 centimetri a bordi arrotondati ed alquanto frastagliati. Il tessuto che lo ricopre è d'un languido rosa, chiazzato quivi e colà di macchie più intense, in alcuni luoghi presenta cicatrici, altrove è superficialmente esulcerato, massime alla base ed alla faccia sua posteriore. È mobile, di una certa floscezza, ma nello stesso tempo di elastica consistenza; stiratolo discende ancor più, spinta l'estremità dell'indice, nel solco costituito dalle grandi labbra, e fattolo scorrere in giro, non penetra oltre, ma scivola sulla sua circonferenza, continua, omogenea per ogni

(*) Vedi nota pag. 14.

dove, meno che alla parte posteriore, dove aumenta di alquanto. Il tubercolo uretrale è quasi scomparso. Questa massa, facilmente rientra sotto moderata pressione, anzi spalmatala d'olio, introdotto l' indice nella sottostante apertura, cede e rientra in totalità, lasciando un' ampia apertura vaginale, attraverso alla quale scorgesi la vagina, che dopo qualche istante colorasi più intensamente, ma però non riprende le sue rugosità, non risaltano le sue colonne, nè da prova di riacquistato elaterio. Il perineo assume allora l' aspetto di una *flaccida borsetta.* Estratto il dito, al minimo sforzo della donna, e precipuamente al suo riprendere la posizione verticale, quel corpo nuovamente scivola all'esterno; nè la sola giacitura supina è bastante a farlo rientrare.

Non era certo difficile stabilire in tal caso il diagnostico, trattarsi di *completo prolasso dell'utero e della vagina.*

Se si eccettua un lieve dolore al corpo estroflesso sotto la stentata defecazione, e pur troppo questa costante, la donna del resto non accusa incomodi di rilievo.

In tali condizioni, la Callegarin veniva accolta nel Civico Ospitale di Rovigo l'11 settembre 1876.

Per alcuni giorni si tenne l'ammalata senza rivolgere speciali riguardi alla condizione locale; le si consigliò la giacitura supina e si prese ogni cura, per ricostituire alquanto il generale con buoni mezzi dietetici, acclimatarla dirò quasi all'ambiente, e per vincere l'ostinata stetichezza; siccome questa non era da addebitarsi a condizioni speciali del tramite intestinale, bensì a mutati rapporti anatomici dell' ultima porzione del retto, si ricorse, e con vantaggio all'uso di clisteri.

Il giorno 16, comparvero le mestruazioni, che fluirono regolarissime e senza disturbi per quattro giorni.

A vero dire, la Callegarin ricorreva al nostro Ospitale esclusivamente per esser munita di congruo pessario. Le si fece osservare, che tal mezzo non sarebbe stato bastante nel caso suo, e che non poteva sperar benefizio da tal soccorso, oltre che per la gravezza del caso, per il dover ella accudire a faticosi lavori di campagna; (*) e la si consigliava, nel suo

(*) Auree parole quelle del Rizzoli: Avendo la esperienza ben di frequente mostrato a me pure, che in molti casi assai male si prestano i meglio formati pessari a mantenere nascosta entro la pelvi, la discesa e sporgente matrice, e che anzi non di rado i medesimi cagionano mali di non poca rilevanza, ad

interesse, ad assoggettarsi ad un' operazione chirurgica, dalla quale soltanto poteva sperare guarigione radicale. Non acconsentì sulle prime, ma in seguito, valsero a ridurla a miglior consiglio, nuove e dolenti escoriazioni insorte alla località, una tetraggine che di lei s' impadronì, accompagnata da anoresia.

E qui credo conveniente spender brevi parole sulla anatomia della regione perineale e sulla condizione patologica, dirò anzi meglio, sul meccanismo per cui compiesi il prolasso utero vaginale; ma per quanta diligenza vi ponga in ciò fare, il mio detto riescirà ben meschino, in confronto agli studi in argomento del Rizzoli, (*) pur mi ci provo.

Il corpo, o tessuto perineale che dir si voglia, macroscopicamente presentasi quale un tessuto eminentemente elastico e nello stesso tempo resistente.

Situato nel mezzo, fra la commessura vulvare posteriore e l' ano, è il centro d'attacco del legamento ischio-perineale, formato dall' unione della fascia superficiale perineale con il bordo inferiore del setto perineale. Questo tessuto, gioca una gran parte nell'affezione di cui stiamo occupandoci, non solo, ma l' integrità del perineo della donna dipende da esso. Non è di mia spettanza, accennare agli altri tessuti che tengono l' utero in sito nella piccola pelvi, nè dare la descrizione dei rapporti dei vari organi pelvici con la pelvi stessa e fra loro, nè esaminare gli spazii peritoneali e sotto-peritoneali, e meno ancora tener parola dei rapporti del pavimento muscolare della pelvi con la vescica, la vagina, il retto ed il cocige; farei torto al mio lettore, lo pregherò soltanto volersi richiamare tali rapporti, a lui già noti, e figurarseli nell' istante dell' ultimo periodo del parto.

La completa inversione della vagina, associasi al completo prolasso dell'utero od all'allungamento ipertrofico del collo sopravaginale; di più il completo prolasso dell'utero implica

---

imitazione di varii chirurghi, piuttosto che in simili circostanze abbandonare le donne alla loro triste sorte, divisai soccorerle con qualche processo operatorio cruento, che dasse speranza di potere impedire alla matrice d' insinuarsi fuori della vulva.

Rizzoli — Op. cit., Vol. II, pag. 357.

(*) Id. ibid.

completo prolasso della vescica, ma non del retto, che resta incolume, almeno ne' suoi due terzi superiori, in grazia della lassezza dei suoi rapporti con la vagina, e la stipatezza dei suoi attacchi alla pelvi, superiormente ai legamenti utero sacrali.

Il terzo inferiore della parete anteriore del retto, superiore allo sfintere interno, in caso d'inversione vaginale, essendo più strettamente congiunta con il corrispondente tratto di vagina, talvolta concorre a formar parte del contenuto del prolassato sacco vaginale. E qui, mi rapporto a quanto dissi più sopra, cioè, che la consistenza del corpo pendente fra le grandi labbra della Callegarin, omogenea per ogni dove, aumentava di alquanto alla parte posteriore dello stesso, e che della stitichezza da cui era disturbata, dovevano incolparsi i mutati rapporti dell'ultima porzione del retto.

I legamenti utero-sacrali, gradatamente allungati dalla trazione, cedono in modo, che alla fine non portano ulteriore disturbo alla parte superiore del retto. Quanto è contenuto nel mesenterio o legamento alare, cioè a dire, le ovaje e le trombe Fallopiane, eccettuata l'estremità uterina di quest'ultime, generalmente non seguono l'utero, e ne sono impedite, dal modo con cui s'attacca alla pelvi la lamina del legamento largo, dal quale sono rivestite.

Necessariamente, il corpo perineale viene disteso ed assottigliato, scomparendo il setto perineale e l'apertura vaginale; la vagina delineasi direttamente su i suoi attacchi ischio-pubici, giacchè essi possono offrire assai lieve ostacolo allo sforzo dell' ernia, se a ciò non concorresse la fascia retto-vaginale (*aponevrosi pelvica superiore*). La forzata separazione dei muscoli pubococigei (*fibbre anteriori dell'elevatore dell'ano*) accompagna di conseguenza la scomparsa del setto e dell'apertura .vaginale. Per quanto dunque spetta al perineo, può dirsi, che i mutamenti di rapporti i quali vanno ad effettuarsi, possono, qualora l'affezione sia giunta allo stato cronico, trovare riscontro in quelli che effettuansi all'ultimo periodo del parto.

L'uretra, descrive dapprima una curva nel senso posteriore al tubercolo uretro-vaginale, e seguendo la sua nuova direzione, all'ingiù ed all'innanzi, talfiata trascina posteriormente ed all'ingiù il tubercolo, in modo da farlo quasi scomparire.

Fidando d'aver dimostrato, che in tale mutamento, di rapporti anatomici, non è tratto in consenso nessuna parte del

perineo vulvare (*triangolo anteriore del perineo*) vorrei si persuadessero i chirurghi: che nessun risultato è da sperarsi da quel qualunque atto operativo, che avesse unicamente in mira di stabilire plastiche aderenze nello stesso.

Il prolasso segue ognora lo stesso andamento della presentazione del feto, e produce sul perineo vulvo-anale gli stessi effetti, quantunque modificati di molto e per il suo lento stabilirsi, e per la floscia compage della massa, che va ad impegnarsi.

In questa analogia di mutati rapporti anatomici, la differenza massima sta in questo, che cioè dopo il parto, il perineo riacquista sollecitamente il suo elaterio normale, mentre nel prolasso uterino, per la protratta azione della causa, la condizione, che nel primo caso è, dirò così, transitoria, si stabilisce in questo, anormale e permanente.

Il perineo vulvo-anale, in un prolasso che duri già da assai tempo, è appunto quale presentavasi nel caso della Callegarin:

1. Come una piccola borsa alquanto distesa, essendo il corpo perineale forzato in ogni direzione;

2. Come un semplice bordo del setto retto-vaginale assottigliato, atrofizzato, essendo che le pareti dei due attigui canali trovandosi addossate per la continua pressione, lo spazio triangolare esistente fra gli stessi viene obliterato, diminuito quindi lo spazio fra le aperture della vagina e del retto;

3. Come un margine lungo, irregolare, postumo d'una lacerazione in seguito a parto.

Ricordo benissimo d'aver fatto osservare, nella Callegarin, tutte queste accidentalità prima d'intraprendere l'atto operativo, al quale passai, soltanto dopo avutone il consenso dall'ammalata; ma a qual metodo, a qual processo doveva dare la preferenza? l'imbarazzo della scelta era proprio il mio caso. Ogni autore ti adesca con il suo, ed ognuno si basa su principii differenti, a norma ch'egli considera ed apprezza le cause del prolasso. Un resoconto storico di quest'operazione trovasi negli *Annali Universali di Medicina* dell'Omodei, dicembre 1835, e da quell'epoca fino a noi, brillano in questo campo i nomi di Fricke, Geddings, Baker Brown, Hamilton, Marion Sims, Emmert, Scanzoni, Mayer, Simon, Huguier, ed ognuno d'essi decanta e propone il suo metodo. Per quanta venerazione m'avessi per questi illustri, era, ed oggi sono, ancor maggiormente con-

vinto doversi praticamente preferire i suggerimenti del nostro Rizzoli (*), il quale mediante la sua perineo-cheilorafia ottenne brillanti e stabili risultati nel correggere questa imperfezione, e di pari riguardo è degna la perineo-plastica retto-vaginale del Savage (*), al quale d'altronde si può fare il rimprovero, d'avere nella sua preziosa monografia, totalmente dimenticati i lavori del celebre italiano.

Lusingato, che giusto fosse il concetto fattomi del come effettuar si possa il prolasso utero-vaginale, volli far mio prò del meglio ch'offrono i processi Rizzoli e Savage, ed uno praticarne che corrispondesse al caso mio. A mio modo dunque di vedere, la perineo-cheilorafia del Rizzoli e la perineo-plastica retto-vaginale del Savage sono i metodi più razionali.

Il Rizzoli cruenta tutta la superficie interna delle grandi labbra, per quel tratto che dall'orlo superiore dell'osculo vaginale si estende fino alla superstite piccola porzione di perineo, il di cui bordo vaginale viene pure cruentato. Ne risulta così un triangolo ad apice inferiore, i di cui due margini laterali largamente cruenti, vengono posti in tutta la loro lunghezza ed ampiezza a mutuo e stretto contatto, mercè una robusta sutura, quale si è la clavata.

Il processo del Savage, si basa in primo luogo sull'esportazione di tutta la sovrabbondante vagina al suo margine vulvo-anale, quindi sull'ablazione di una porzione triangolare della mucosa vaginale, estendendo l'angolo medio, alquanto all'insù della parete posteriore della stessa; egli pure dà la preferenza alla sutura incavigliata.

Questi sono i soli atti operativi, che portano effettivamente di nuovo a contatto del perineo vulvo-anale i due legamenti ischio-perineali; hanno inoltre il vantaggio di accorciare la allungata linea sacro-pubica, di ridurre il perineo vulvo-anale quasi alle dimensioni normali; finalmente lasciano, (ed in specialità a tale riguardo quello del Savage), un'apertura vaginale abbastanza ampia, quantunque avvicinino al pube il segmento posteriore della vagina, in modo, che offra un valido ostacolo al prolasso, prima ch'egli superi l'arcata del pube.

Nessun perineo naturale od artificiale, potrà sostenere a

(*) Opera citata. Vol. II, pag. 357.
(*) Savage, On the female pelvic organs — Third edition — 1876.

lungo la diretta pressione di un prolasso, ed è questa la ragione dell'insuccesso della massima parte degli altri metodi operativi, i quali hanno per di più il capitale svantaggio di ridurre la vagina ad una massima ristrettezza.

Sembrami aver addotte sufficienti ragioni per giustificarmi dell'aver usufruito del meglio dei due metodi, istituendo un processo misto, che non ho il coraggio di chiamar mio, perchè troppo meschina la mia parte.

Il mattino del 17 settembre, posta la Callegarin sul tavolo d'operazione e datale la posa per il taglio laterale, intrapresi l'atto operativo. Trattandosi di caso ben grave, m'estesi con l'angolo medio o vaginale, alquanto più all'insù che non lo consigli il Savage stesso, inoltre non feci convergere ad angolo perfetto le due incisioni, ma le congiunsi quasi a semicerchio, in vista di avere maggior superficie cruentata, e non passai alla cruentazione della superficie interna delle grandi labbra, come pratica il Rizzoli, avendo maggior fiducia nel sostegno che può offrire una più estesa cruentazione dell'angolo vaginale; in luogo della sutura clavata, prescelsi l'attorcigliata, eseguita su lunghi, sottili ma resistentissimi aghi. Avendo praticata una più estesa cruentazione all'angolo vaginale, era per me più razionale avere un mezzo resistente che si prestasse, senza cedere, ad abbracciare un'estensione maggiore di tessuti.

La Tavola IX rappresenta lo stato della Callegarin al suo ingresso, all'atto operativo, e lo stabile risultato ottenuto.

L'operata, per le prime successive ventiquattr' ore non si lagnò che di tollerabilissimi dolori al perineo, riposò durante la notte; per qualche giorno si praticò il cateterismo allo scopo che l'orina non avesse a scorrere sulla località operata; nessuna reazione che potesse allarmare.

Tre giorni dopo, vennero rimossi gli aghi ; l'adesione immediata non era completa; applicai allora, com' è mio costume in simili frangenti, dei cordoncini di seta, sfilacciati ad una estremità, ed in fascetti da quattro a cinque, e fissati a qualche distanza dai margini della soluzione di continuo, mediante collodion, e quindi annodandone i capi liberi.

Al 17 ottobre, anche questo mezzo unitivo venne tolto e l'adesione era completa. Per un mese ancora si tenne l'ammalata in osservazione, ed al 1 novembre si licenziò perfettamente

guarita. Durante il mese d'osservazione le si facevano eseguire sforzi non indifferenti, nè mai si notò traccia di prolasso. L'abituale stitichezza era completamente cessata.

Parecchi mesi dopo, dietro mia ricerca, la Callegarin venne a visitarci e riscontrammo il perfetto stato di quelle parti, e fummo consolati nel sentirla senza disturbi di sorta.

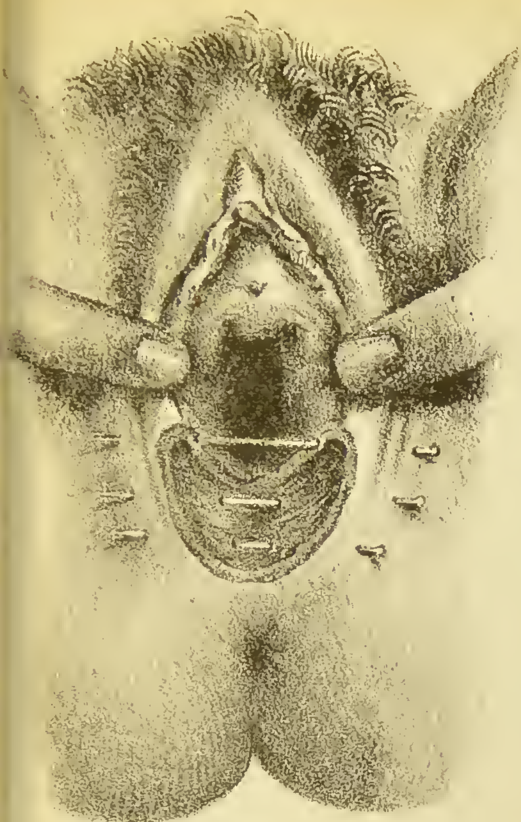


Fig. I

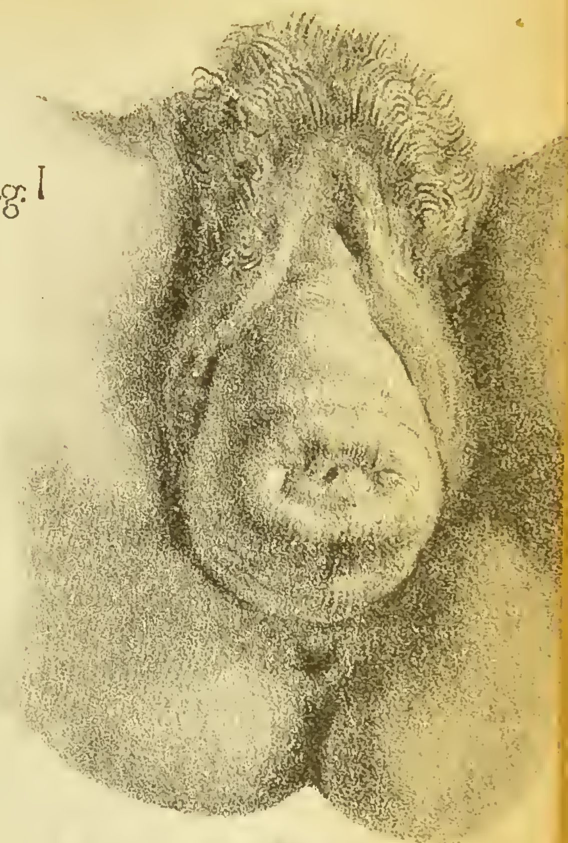
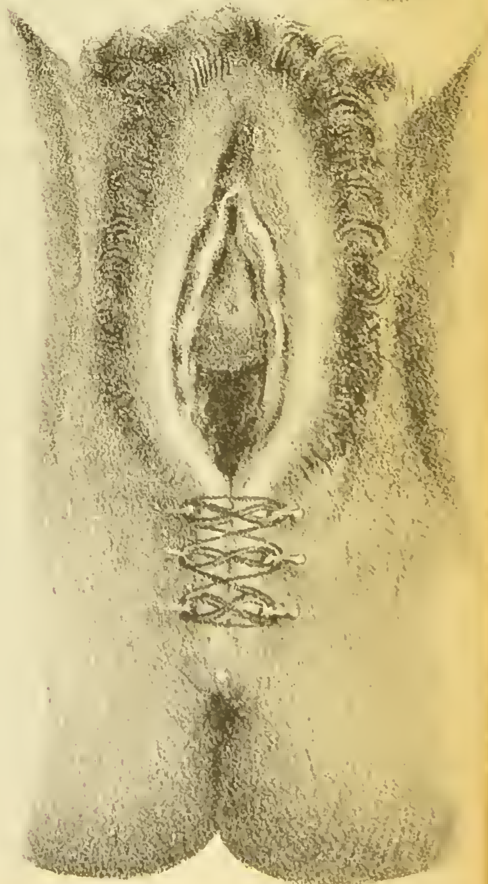




Fig. III



P. CESSI DIS. LIT. MINELLI

CASO TERZO

Non trattasi in questo di condizione che richiedesse un'atto operativo, ma spetta a quella categoria di lesioni che posero allo strettoio l'attitudine meccanica dei chirurghi.

É un caso di frattura trasversa della rotula per *violenza diretta.* Sappiamo che generalmente, quando trattasi di violenza esterna, le frat'ure di quest'osso sono per lo più comminute e fors'anco longitudinali, e che quantunque accompagnate da gagliarda reazione, riscontrasi minor difficoltà nel tener uniti i frammenti. In questo caso, come già lo dissi, la frattura era trasversa, ed i due frammenti allontanati per oltre cinque centimetri. Avendo a trattare una frattura di tal genere, volli esperire un mio apparecchio, che quantunque non avessi mai avuto occasione di applicare, lusingavami dovesse rispondere allo scopo. Ed a studiare tale un mezzo che si prestasse per queste fratture, già da tempo eravi spinto, sapendo per gli studii di William Adams che la rotula fratturata non si unisce per sostanza ossea, bensì mediante ciò ch'egli chiama *sostanza legamentosa,* (*) se a poca distanza sieno i frammenti fra loro; mentre, se divisi da notevole intervallo, vengono puramente tenuti dalla fascia sotto-cutanea ispessita.

I mezzi fino ad oggi conosciuti, destinati ad avvicinare nel

(*) Path. Trans. Vol. II, pag. 254.

Il Liston, conosceva già questa *sostanza ligamentosa,* giacchè lasciò scritto: *The ligamentous union is more rapid and firm.* Opera citata, pag. 91.

miglior modo possibile questi frammenti, o sono inefficaci, o se valevoli, spesso dannosi.

Fra i primi abbiamo la stecca di Wood, fra i secondi gli uncini di Malgaigne. Tutti quelli inspirati al principio della ferula di Wood hanno, dirò così, il peccato originale di far inclinare le superfici fratturate in direzione opposta a quella che si desidera, e generalmente fanno trazione sulla cute, meglio che agire sull'osso.

In chirurgia, come in tutte le arti, i migliori mezzi sono quelli che agiscono più direttamente; ed invero non si potrebbe immaginare, per la frattura della rotula, un'apparecchio che avesse ad agire più direttamente degli uncini di Malgaigne. E furono portati alle stelle, ma il nostro Porta li condannò, per suo conto, all'oblio, perchè causa non infrequente di eresipele, di flemmoni, di versamenti, d' escare gangrenose, effetti tutti che gli diedero un contingente di casi letali ; nè fecero miglior prova fra le mani dei chirurghi inglesi. (*) Questo congegno lo seppi applicato, anche nella R. Clinica Chirurgica di Padova, e credo, che il prof. Vanzetti, gloria e decoro di quell'Istituto, e ch' io vado altero d'aver avuto a maestro, non abbia avuto egli stesso a lodarsene. (*)

Oggi, quantunque esperito in un solo caso, mi permetto di presentare il mio apparecchio. Accarezzai un' idea, la tradussi in fatto, mi corrispose nella pratica; ora la critica e l'altrui esperienza cresimeranno o rifiuteranno l'opera mia.

L'apparecchio è quale vedesi nella fig. 2 della Tav. VII. Consta di quattro cuscinetti cilindrici di tela di fino tessuto, e devono, riempiti di crine, di crusca, di sabbia o di pulla d'avena, riescire soffici ed in un resistenti, misurando una circonferenza propria di cent. 12, ed avere una lunghezza proporzionata al volume dell'arto, tanto al di sopra che al di sotto del ginocchio. Alle loro estremità, devono essere tutti quattro guerniti

---

(*) Quanto poi alla fede che meritano le statische in proposito. di molti chirurghi francesi, veggasi quanto ne scrisse il dott. Longhi nella nota alla sua traduzione italiana dell'opera del prof. Erichsen : *La scienza e l'arte della chirurgia.* Vol. II, pag. 717.

(*) Il Liston, parlando delle fratture della rotula, dice: *The treatement consists merely in favouring by position the approximation of the upper to the lower fragment, which, of course, is not displaced.* R. Liston. Opera citata pag. 91.

di fettuccie per annodarli circolarmente all'arto stesso. Due, gli interni, si cingono immediati alla frattura, l'uno superiormente, inferiormente l'altro. I due estremi si annodano allo stesso modo ed ordine sugli altri due. Allacciati che siano si fanno girare fino a che le allacciature corrispondano, due da un lato, e due dall'altro ed alterne al poplite. Ai due cuscinetti estremi, si fissano da cinque a sette fettuccie per cadauno, e ciò nella porzione loro che corrisponde al dorso dell'arto, venendo anche alquanto sui lati. Le fettuccie del superiore dirigonsi verso il piede alternandole a passare fra quelle dell'inferiore, che vengono tratte verso la coscia e tanto le une che le altre si portano a far capo ad una funicella. La funicella, che raccoglie le fettuccie del cuscinetto inferiore, si fa passare per un gancio in ferro, fermato a gesso nella muraglia, radente il margine del letto ed a giusta altezza con l'arto; quella che raccoglie le altre del superiore, si conduce lungo il lato interno dell'arto, e si fa scorrere in una puleggia, fissata ai piedi del letto, ed è destinata a sostenere un peso che puossi elevare fino ai 6 kilogrammi. Vedasi Tav. VII. fig. 1. Ecco come si procede per l'applicazione; disposto il tutto come ho detto, si fanno portare a contatto, il meglio possibile, i pezzi fratturati, cinti i cuscinetti, alternate le fettuccie ed annodatele alle relative funicele, riposto l'arto sul letto, si fa esercitare la necessaria trazione, dapprima sulla funicella del cuscinetto inferiore, e quando lo si crede opportuno si fissa al gancio di ferro. Da questa trazione resta obbligato il frammento inferiore; ed avendo già attaccato il peso alla funicella corrispondente al superiore, si lascia gradatamente in libertà il peso stesso, aumentandolo o diminuendolo a seconda del bisogno. É necessario faccia quivi una speciale raccomandazione, ed è, che devesi un particolare riguardo nell'annodare le fettuccie alle funicelle, perchè abbiano tutte ad avere la necessaria lunghezza, che se altrimenti fosse, alcune agirebbero ed altre no. Sarà pure opportunissima cosa disporre sotto il materasso un'assicella acciò l'arto non abbia ad infossarsi. Con tale sistema vengono riuniti, da continua e non rozza pressione, i frammenti, ed immobilizzata l'articolazione del ginocchio.

Nella notte del 1 settembre 1873, veniva trasportato al Civico Ospitale di Rovigo, certo Margutti Giovanni, d'anni 15, industriante del luogo. In una caduta, battè il ginocchio sini-

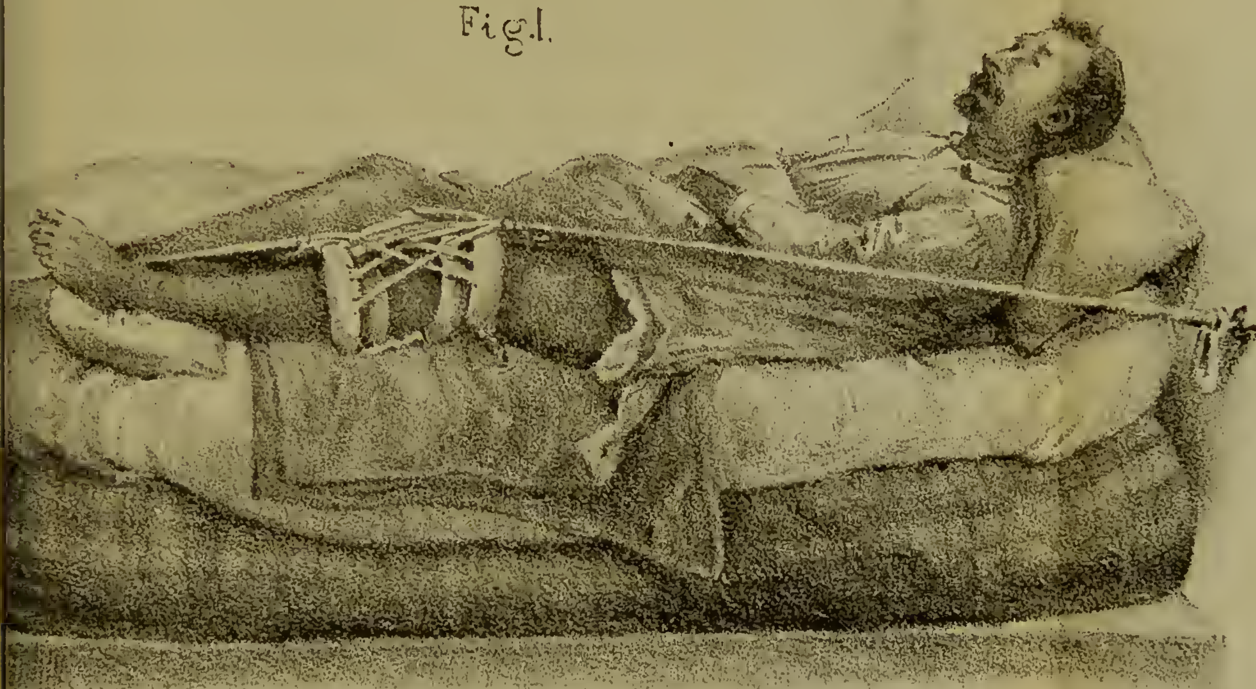
stro su corpo duro, ne si potè più rialzare avendo riportata, frattura trasversa della rotula. Per il resto della notte, dall'assistente di guardia, furono prescritti epitemi ghiacciati. Il mattino del 2 lo vidi e riscontrai il ginocchio deformato per rilevantissima gonfiezza echimotica; accusava atroci dolori, eravi reazione locale gagliarda; tuttavia potei constatare la frattura, ed un notevole distacco dei frammenti fra loro.

Prescrissi generoso sanguisugio, quindi epitemi ripercussivi. In capo a sei giorni migliorò in modo da permettere l'applicazione del mio apparecchio. Combaciava perfettamente sui diversi punti della circonferenza dell'arto, se non che dovetti aggiungere superiormente al frammento superiore ed inferiormente all' inferiore due compresse a piramide, quali usansi nell'arteriotomia della temporale, e fecero sì che allora perfettamente rispondesse allo scopo. Nessuna molestia apportò all'ammalato, ed avendolo rinnovato due volte, lo tollerò per il periodo di 67 giorni, in capo ai quali fu definitivamente tolto. I frammenti si sentivano distanti all' incirca un mezzo centimetro l'uno dall'altro, la miglior volontà non valeva a riscontrare i bordi della frattura, e nel limitato spazio tra frammento e frammento sentivasi una nuova sostanza interpostasi (*la legamentosa* di William Adams). Appena tolto l' apparecchio, il Margutti, stentava bensì a flettere la gamba, ma per quel tanto che poteva, eseguivalo senza dolori; prescrissi frizzioni solventi e moderato esercizio. In capo a 20 giorni di una razionale ginnastica, stando eretto poteva flettere le coscie sulle gambe con tutta facilità, e mi si permetta l'espressione, giacchè la trovo l'unica che possa rendere l'esatto concetto della libertà di movimento, il Margutti poteva comodamente prendere la posa di chi effettua la defecazione all'aperto.

Così dopo 93 giorni dalla riportata lesione fu licenziato completamente guarito, e senza postumi di sorta.



Fig. I.



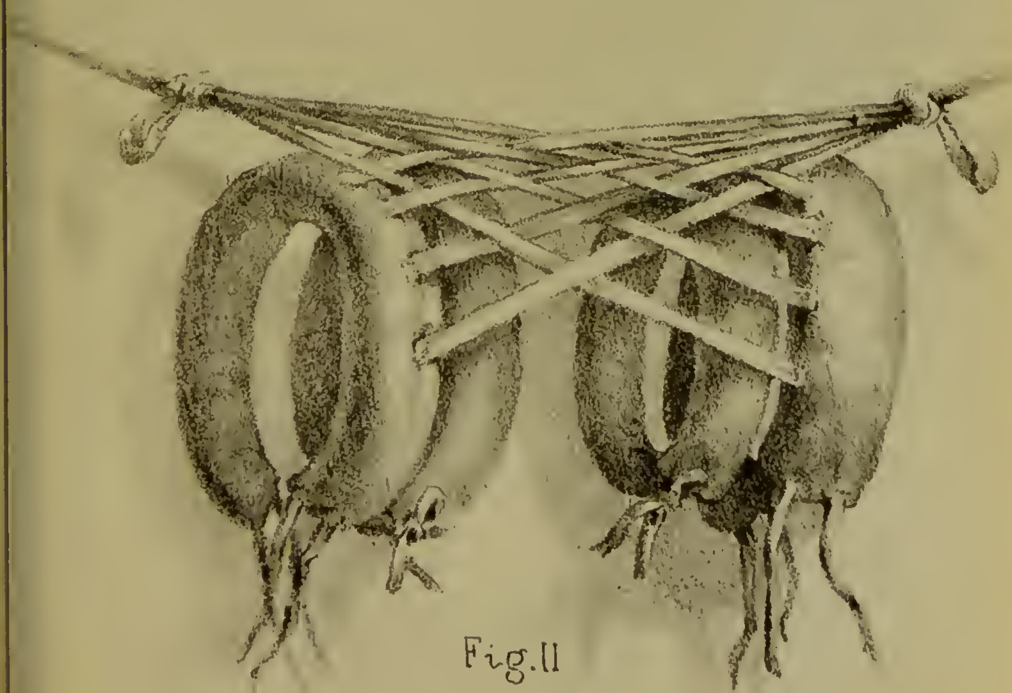


Fig. II

R. CESSI DIS.

LIT. MINELLI
ROVIGO

(*) CASO QUARTO

Nel riferire il fortunato trattamento di questo caso d'*anchilosi cicatriciale della mandibola inferiore*, non posso fare a meno di riportarmi ancora una volta alle *Memorie Chirurgiche* del Rizzoli.

Al capitolo *Operazioni chirurgiche eseguite in diversi casi per togliere l' immobilità della mascella inferiore*, (*) accenna il dotto autore ad una controversia, che sorta all'estero, tenderebbe impugnargli la priorità nell' intraprendimento di queste operazioni. E riporta egli una sua lettera al Verneuil, che già fino dal 1860 era stata inserita nel *Bollettino delle Scienze Mediche* di Bologna.

Fa in essa conoscere, al distinto chirurgo francese, che a lui devesi la priorità nel trattamento operativo di dette infermità.... « concedetemi, egli scrive, che ora per maggior chiarezza vi faccia conoscere colla dovuta estensione tutti quei motivi che da non breve tempo mi consigliarono ad eseguire, *pel primo*, in alcune rarissime circostanze di questo genere la sezione verticale semplice sotto-cutanea del corpo del mascellare inferiore».... e più oltre : « Vi sia noto adunque che a ciò m'indussi, non già dall'azzardo, o per semplici congetture, ma sibbene all'appoggio della esperienza e della clinica osservazione ; le quali quindi essendomi di scorta, non mi avrebbero permesso di allontanarmi dal mio proposito, per attenermi al-

(*) Vedi nota a pag. 14.

(*) Rizzoli — Opera citata. Vol. I, pag. 309.

l' indicato metodo di risecazione, ancorchè in allora mi fosse stato noto, ciò che non era a mia contezza, vale a dire *il fatto casuale di patologia fisiologica,* osservato dallo Esmarch nel 1854 ».

Mi si permeta, che quivi cronologicamente riassuma, quanto nelle mie scarse nozioni conosca siasi fatto a tale riguardo, e non perchè dubiti noto ad ognuno non sia, ma solo per constatare una volta di più, che alla moderna chirurgia italiana si deve il vanto di tale conquista, in onta che gli stranieri ancor lo contestino.

Pria che altro, come osserva lo stesso Rizzoli, il primo di tutti ad eseguire la resecazione di estesa porzione del mascellare inferiore, per togliere il serramento delle mandibole, fu il prof. Barroni in Bologna, fino dal 9 ottobre 1832 (*)

È verissimo anche, che nell' ultima edizione riveduta del *Surgical Dictionary* di Cooper, riportasi semplicemente un fatto della pratica di Valentino Mott, che nel 1831, in un caso d' immobilità della mandibola, avvenuto in seguito a gangrena della guancia, quel chirurgo eseguì un trapianto cutaneo, ma di più non vi si dice.

Nella nuova edizione dello stesso dizionario (vol. I. 1861) al capitolo *Cicatrization*, trovansi in argomento queste sole parole : « Dopo un processo gangrenoso della guancia e delle gengive, formasi nella bocca un tessuto cicatriciale così rigido da ben scarsamente permettere la separazione dei denti, ma col tempo si fa più cedevole»

Nella quarta edizione della *Pratical Surgery* di William Fergusson a pag. 602, ecco cosa è detto a questo riguardo : « La mandibola inferiore qualche volta è così strettamente obbligata alla superiore, che i denti difficilmente possonsi allontanare per introdurre nella bocca alimenti solidi. Tale condizione riconosce per causa, infiammazione ed adesione delle gengive, ma specialmente avverasi dopo necrosi dei processi alveolari ..... Qualche anno addietro ebbi un'ammalato colla bocca chiusa a questo modo, ed aveva cariata una porzione della mandibola inferiore : la malattia presentavasi in modo ch' io non poteva convenientemerte togliere la parte cariata.

(*) *Bollettino delle scienze Mediche*, pubblicato per cura della Società Medica di Bologna. Anno 1833, vol. 8, pag. 200.

Tuttavia fu escisa una porzione d'osso, ma il vantaggio in seguito ottenuto, è meglio da attribuirsi ad un dilatatore a vite, piuttosto che alla parziale ablazione dell'osso. In due casi di tal genere, Mott ebbe buoni risultati, e nel primo volume del *Provincial Medical and Surgical Journal,* si parla di un caso nel quale fu abbastanza fortunato d' ottenere un'esito soddisfacente, dividendo il massetere di un lato, mediante uno stretto coltello passato per la bocca, fra il muscolo e la cute ».

Samuele Gross di Filadelfia, nella sua Chirurgia, al capitolo « *Anchilosi od immobilità della mandibola* » dopo aver accennato alle diverse cause di questa infermità, dice: « La cura « di tale affezione deve dipendere dalla natura e dalla località « della causa occasionale. Quando ne è sede l'articolazione e « riconosce per causa la formazione di aderenze cellulo-fibrose « l'unica cosa a farsi è di rompere tali aderenze, lasciandosi « guidare dalle stesse norme per le anchilosi delle altre arti- « colazioni ». E qui consiglia di cloroformizzare l'ammalato, e far quindi passare fra le arcate dentali un cuneo di legno di cedro, oppure uno strumento costrutto a vite ed a leva, simile a quello descritto dallo Scultetto nel suo « *Armamentarium Chirurgicum* »: quindi continua: « Quando poi l'immobilità di- « pende da tessuto inodulare, l'unico rimedio ne è l'escisione. » Dichiara poi il Gross che tanto l'escisione, quanto il cuneo non raggiungono lo scopo.

L'autore, ancora più oltre, ecco che dice: « All'immobilità « della mandibola, prodotta dalla formazione di un ponte osseo, « può forse trovarsi rimedio esportando l'avventizia sostanza, « mediante sega o tanaglie. Però in tal caso, la grande diffi- « coltà risiede nell'oscurità della diagnosi ».

Arriviamo così alla pubblicazione della Memoria del prof. Esmarch di Kiel sul trattamento della chiusura delle mandibole per cicatrice (*). In essa, l'autore cita il *fatto di potologia fisiologica* cui accenna il Rizzoli nella lettera al Verneuil. « Nel 1854 mi si presentò un caso di considerevole distruzione della guancia seguito da anchilosi cicatriciale della mandibola e necrosi d'una porzione della stessa. *Fortunatamente,* ed è lo stesso autore che lo dice, » *la porzione necrosata era immediata alla*

(*) Die Behandlung der narbigen Kieferklemme durch Bildung eines künstlichen Gelenkes um Unterkiefer — Kiel, 1860.

« *cicatrice, ed estratto quel pezzo d'osso, la mandibola riac-*
« *quistò una qualche mobilità.*

Il merito dell'Esmarch si è quello, che avendo fatto tesoro di tale fortuito risultato, al Congresso di Gottinga del 1853, propose nei casi d'anchilosi cicatriciale della mandibola, l'*esportazione d'un pezzo d'osso;* ma egli non fu tanto fortunato d'avere un caso in sua pratica, per tradurre in atto il consiglio e solo nel 1858 il Wilms di Berlino lo esegnì con buon successo e quindi il Dittl di Vienna (*) ed il Wagner di Königsberg.

Ecco, dove gli stranieri saltano a piè pari la pratica del Rizzoli, che già fino dal 1853 aveva rivolto il pensiero a particolari provvedimenti, tendenti a migliorare e possibilmente a togliere lo stabile serramento delle mascelle, e nel 14 Maggio 1857 egli, per il primo, eseguì la *sezione verticale semplice sotto cutanea del mascellare inferiore*, nel Carlo Carpeggiani.

Notisi poi, che il metodo del Rizzoli è ben diverso da quello suggerito dall'Esmarch, giacchè egli *non esporta porzione alcuna d'osso, bensì seziona il corpo del mascellare inferiore* allo scopo, di formare una falsa articolazione, scopo ch' egli raggiunse non solamente nel Carpeggiani, ma in ben altri casi riferiti nelle sue Memorie.

Sulle norme del Rizzoli, più che su quelle dell'Esmarch, corsero l'Esterle, l'Henrij, l'Heath, il Boinet ed altri, ed io stesso azzardo mettermi alla coda, esponendo un caso di mia pratica in cui ebbi a trattare tale infermità.

Nel Maggio 1871 trovandomi qual medico comunale in Polesella, e girando un giorno per visitare i miei ammalati entrai nell'abitazione di alcuni braccianti, da poco stabilitisi nel comune suddetto e presso i quali ero stato chiamato. Non sapevo chi dovessi visitare, ma al mio ingresso fui sorpreso alla vista di una creaturina che giaceva a terra su lurido giaciglio e coricata sul fianco sinistro. Non so, se meglio sarei creduto, dicendo che quell'essere inspirava pietà, o ribrezzo, se la deformità da cui era colpita potesse destar ribrezzo nel sacerdote d'Igea. Sta il fatto, ch' era tale d' aspetto per la deturpazione del volto e per le condizioni sue generali, da quasi creder impossibile che una tenera organizzazione, avesse potuto resistere a prove sì dure. Un suo sguardo, esprimente il mas-

(*) *Oest. Zeitschrift für praktische Heilkunde*, vol. V, pag. 43, Vienna 1859.

simo di sofferenza, e forse spavento per la mia visita, fecemi avvertito, che alito di vita protraeva ancora i dolori di quell'infelice. Era una ragazzina di circa 7 anni, e ne addimostrava appena 4; per essa ero stato chiamato. Sei mesi addietro era stata colpita da tifoidea, e sulla fine del terzo settenario comparve un gonfiore, d'un rosso intenso, alla guancia destra, che s'estese ad oltre la metà del labbro superiore di quel lato, ed in pochi giorni tutte quelle carni, come s'esprimeva la madre sua, *caddero bruciate.* Col tempo guarì dalla tifoidea, e contemporaneamente formavasi alla parte una cicatrice, che non le permise più oltre d'aprire la bocca; corollario della tifoidea persistette una dissenteria, che non si potè convenientemente curare e per le condizioni economiche della famiglia e perchè la perfetta chiusura della bocca non permetteva l'introduzione di rimedii e molto meno di alimenti ricostituenti. A colmo di sventura, quantunque necessaria conseguenza, non poteva articolare parola. La disgraziata presentava il massimo grado del marasmo; compiva il quadro un prolasso del retto, accompagnato da tutte le sofferenze proprie all'extroflessione di questa estrema porzione del tramite intestinale.

Cercherò di descrivere, del meglio ch'io possa, la deformità della faccia, ma non potrò certo suscitare un'idea dell'orrido che presentava e molto meno del senso che destava l'aspetto suo.

La fig. 1 della Tav. XV, tratta da una fotografia, la rappresenta dopo oltre tre mesi d'assidue e pazienti cure igieniche terapeutiche, ad organismo dirò, del tutto rifatto. Le *carni bruciate*, secondo la versione della madre, non devono esser state altra cosa che una gangrena metastatica, in corso appunto di tifoidea; guasti arrecati erano: distruzione di oltre un terzo della guancia destra, e della metà pur destra del labbro superiore, estendentesi oltre al setto nasale, e necrosi dei processi alveolari del mascellare superiore destro, con caduta di tutti i denti di quel lato. La cicatrice, formatasi a spese de' tessuti molli superstiti, contraendo aderenze al mascellare superiore, chiuse la narice destra, impedì l'ulteriore aprimento della bocca, stirandone l'apertura smodatamente all'insù ed a destra, rovesciando di tal fatta il prolabio inferiore, da render difficile l'assunzione dei liquidi.

La Maria Rizzino, che tali sono il casato ed il nome del-

l'infelice, mi richiamò al primo vederla i brillanti risultati ottenuti dal prof. Rizzoli mediante le sue operazioni per togliere l'immobilità della mascella inferiore,

La famiglia sua ne chiedeva la guarigione.

Per quanto grande e buona volontà fosse la mia, troppi erano gli ostacoli che si frapponevano al conseguimento dei loro e dei miei desiderii. Per primo: le tristi condizioni igieniche dell'abitazione; secondariamente la mancanza totale d'ogni mezzo per parte della famiglia; terzo l' impossibilità di frequenti visite per la distanza della località; e per ultimo capitalissimo, restava a sapersi se la famiglia, pur desiderosa della guarigione, e la bambina, avrebbero aderito ad un atto operativo cruento.

Per toglier tutto di mezzo, e presto, avventatamente diedi quasi certezza di guarire la piccola Maria, ma ad un patto, che cioè madre e figlia venissero a stabilirsi per qualche mese in casa mia.

Dopo giorni di incertezze, la proposta fu accettata. Nel giugno, la madre colla sua Maria si stabilirono in mia casa: prima cura si fu di correggere la condizione intestinale, e giunsi a tanto di vincere la dissenteria; in seguito, quantunque migliorassero le condizioni, persisteva il prolasso del retto. Tal fatto, se dava molestia non poca alla piccola ammalata, cominciava a far già diffidente della mie promesse la madre, mi risolsi perciò di ricorrere ad un mezzo, ch'altre volte avea esperito, le iniezioni ipodermiche perianali di solfato di stricnina. Dopo un'iezione di cinque goccie d'una soluzione all'uno 0lo di questo sale, non ricomparve il prolasso, neanche sotto premiti i più efficaci. (*) Ogni giorno migliorava e si giunse così al 15 Settembre 1871. Invitati per tal giorno i colleghi Tenani dott. Giovanni, Morandi dott. Luigi, Ancona dott. Virginio ed il flebotomo Toffanelli Vincenzo, assistito dagli stessi, passai all'atto operativo, cui già aveva acconsentito la madre.

Mantenuta la bambina sulle ginocchia d'un robusto villico, il Toffanelli ne immobilizzava il capo cingendole la fronte con entrambe le mani ed appoggiandola al petto dell'individuo che

---

(*) Vedasi, riguardo a questo mio metodo di cura radicale per il prolasso del retto nei bambini, quanto ne dice la « *British and Foreign Medico-Chirurgical Review* N. CXII, ottobre 1875, pag. 483: *On the Treatment of Prolapsus Ani in Children. By Dr. Gualtiero Lorigiola and Baron von Langenbeck.*

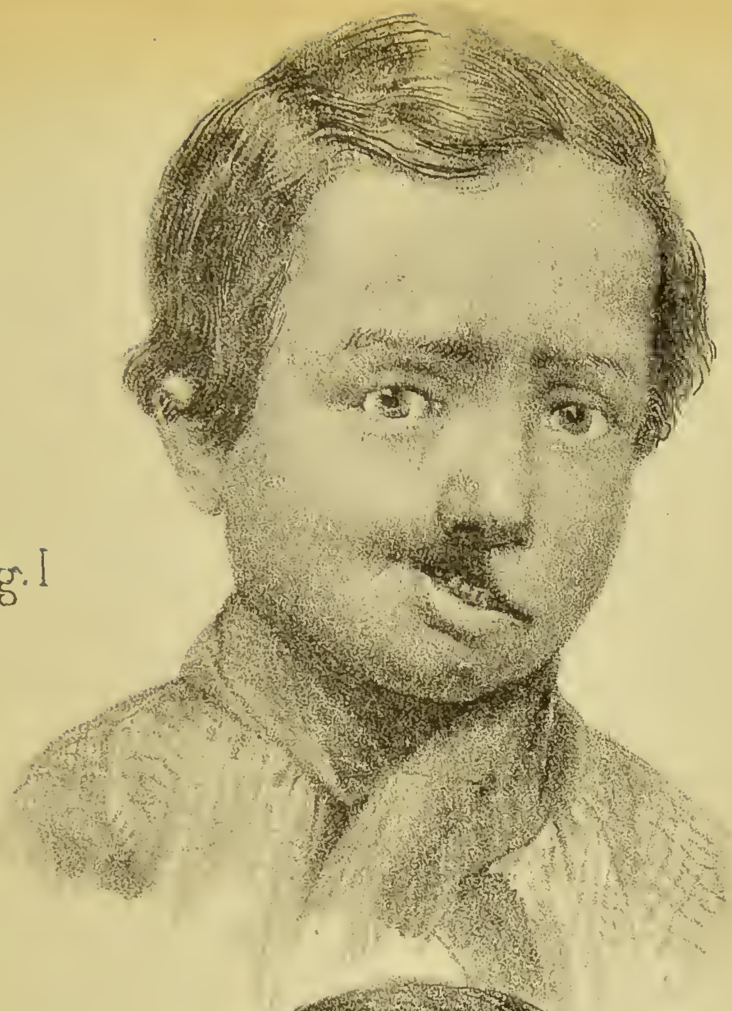


Fig. I



Fig. II

CESSI DIS.

LIT. MINEL

la teneva sulle ginocchia. Cominciai a togliere le aderenze cicatriciali del mascellare superiore, e tentare così di conoscere fino a dove s' estendevano. Pur troppo lo stipato tessuto aveva invaso il massetere, oppure infiltrazioni plastiche a quello l'eguagliavano; dovetti inciderlo, e ciò feci passando uno stretto scalpello nell'interno della bocca e facendolo scorrere dagli integumenti verso le aderenze. Credeva, che rotte quelle briglie un qualche grado di mobilità sarebbe ridonato alla mandibola ma cosi non fu, perchè la deficienza dei tessuti molli peribucali lo ostava. Non restavami allora che d'incidere la mandibola e lo feci senza lesione esterna di parti molli. Abbassando il labbro inferiore quanto più potei, e scorrendo al di là del secondo bicuspide, arrivando collo scalpello fino all' osso, cercai con movimenti laterali impressi allo stesso, di apparecchiarmi sotto l'orlo inferiore della mascella, una specie d'imposta, lungo la quale feci scorrere all'interno suo, la ristretta e non tagliente lama d'una tanaglia osteotoma retta del Signoroni. Di tal modo agendo, incisi il mascellare; non nascondo però, che in tal tempo dell'operazione non vinsi le difficoltà con la sollecitudine che avrei desiderato, e ciò forse per non avere la tanaglia del Rizzoli a tal uopo costrutta. Compiuta l' escisione dell' osso non ancora quella bocca sufficientemente s' apriva. L'ostacolo era sempre all'angolo formato dal tessuto cicatriciale. Passai allora all'esportazione dello stesso, alla cruentazione della superstite metà del labbro superiore e distaccato un lembo rettangolare, a base inferiormente obbliquata, con un'angolo libero verso la narice destra, e con l'altro anteriormente al zigomio e staccatolo, lo portai a contatto, ricostituendo così il mancante labbro e lo fissai con sutura attorcigliata. Fra i capi escisi del mascellare, avevo già introdotti globetti di filaccia.

Dopo altri 40 giorni di attente ed assidue cure, non turbati da insorgenza di sorta, la piccola Maria con un aspetto ben diverso,e quel che più monta potendo aprir la bocca, effettuare la masticazione, ed esprimersi assai bene, abbandonò la mia casa. La figura II., tratta essa pure da una fotografia, ne rende l'esatto aspetto di quell'epoca; scorgesi pure al lato destro della guancia, la linea cicatriciale da cui fu distaccato il lembo.

QUADRI STATISTICI

QUADRO DEL MOVIMENTO

della Divisione Chirurgica donne nel Civico Ospitale di Rovigo
dal 15 Settembre 1872 a tutto Dicembre 1877.

Guarite	Migliorate	Stazionarie	PASSAGGI alla Divisione Medica	alla Sala Maternità	alla R. Clinica Oftal.ª	Non riconosciute infette	Morte	Rimaste	Totale
327	28	14	3	2	1	5	26 6,29 0/0	7	413

I. QUADRO GENERALE

delle malattie curate nella Divisione suddetta.

MALATTIE	Totali parziali	Guarite	Migliorate	Stazionarie	PASSAGGI alla Sala Medica	alla Sala Maternità	alla R. Clin. Oftalmica	Non ricon.e inf.e	Morte	Rimaste
I. Ulceri	29	22	3	—	1	—	—	—	2	1
II. Infiammazioni	23	18	1	1	—	—	—	—	3	—
III. Reumatismi	2	2	—	—	—	—	—	—	—	—
IV. Lesioni traumatiche	32	24	6	—	—	—	—	—	1	1
V. Malattie delle articolazioni	5	3	1	—	—	—	—	—	—	1
VI. » delle ossa	7	4	—	—	—	—	—	—	3	—
VII. » cutanee	41	36	4	1	—	—	—	—	—	—
VIII. » oftalmiche	26	15	5	4	—	—	1	—	—	1
IX. » degli organi genito-urinari	5	5	—	—	—	—	—	—	—	—
X. Neoplasmi	33	10	2	5	1	—	—	—	14	1
XI Ernie	2	—	—	1	—	—	—	—	1	—
XII. Fistole	3	2	1	—	—	—	—	—	—	—
XIII. Nevrosi	3	1	1	1	—	—	—	—	—	—
XIV. Malattie veneree	181	170	1	—	1	2	—	5	—	2
XV. Malattie varie	21	15	3	1	—	—	—	—	2	—
Totali Generali	413	327	28	14	3	2	1	5	26	7

II. QUADRO

delle operazioni chirurgiche eseguite nella Divisione femminile dal 15 Settembre 1872 a tutto Dicembre 1877.

Numero progressivo	DIAGNOSI	OPERAZIONE	METODO e PROCESSO	ESITO Guarite	ESITO Migliorate	ESITO Rimaste	ESITO Morte
1	Frattura comminuta composta e complicata alla gamba sinistra	Amputazione III superiore	Metodo circ. proc. ordin.	—	—	—	1
2	Scirro alla mammella sinistra	Estirpazione di mammella	Processo ordinario	1	—	—	—
3	Cisti sierosa al dorso	Enucleazione	Metodo ordinario	1	—	—	—
4	Scirro alla mammella destra	»	» »	1	—	—	—
5	Vegetazioni scirrose al collo dell' utero	Esportazione	Schiacciatore lineare	1	—	—	—
6	Fistola all'ano	Incisione	Metodo di Desault	1	—	—	—
7	Scirro alla mammella sinistra	Enucleazione	» ordinario	1	—	—	—
8	Corpo straniero nella laringe	Tracheotomia	» classico	1	—	—	—
9	Dactilite ossea all'indice sinistro	Disarticolazione metac-falangea	» ovale	1	—	—	—
10	Leucomi centrali bioculari	Pupille artificiali	Metodo di Wharton Jones	1	—	—	—
11	Scrofolosi ossea al dito grosso del piede sinistro	Disarticolazione tarso-metatarsea	» ovale	1	—	—	—
12	Anchilosi cicatriciale del mascellare inferiore	Cheiloplastica ed escisione della branca orizzontale del masc.	» del Prof. Rizzoli	1	—	—	—
13	Esiti di ciclocoroideite destra ed incip. simpatica	Enucleazione del bulbo	» di Wharton Jones	1	—	—	—
14	Vegetazioni polipose sospette al collo uterino	Mortificazione	Schiacciatore lineare	1	—	—	—
15	Scirro alla mammella sinistra	Enucleazione	Metodo ordinario	1	—	—	—
16	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible]	[illegible]	Erniotomia extra-peritoneale . .	» ordinario	—	—	—	1
26	Scirro alla mammella destra	Estirpazione di mammella . . .	Processo ordinario	—	—	—	1
27	Polipi nasali fibro-mucosi	Allacciatura	» ordinario	1	—	—	—
28	Labbro leporino composto e complicato . .	Operazione di labbro leporino .	Metodo ord. proc. del caso	—	—	—	1
29	Carie dell'estremità della tibia e dell'astragalo .	Amputaz. di gamba III inferiore	Operazione di Teale	1	—	—	—
30	» alle ossa del piede	Idem	Met. circol. proc. ordin.	1	—	—	—
			Totali	26	—	—	4

III. QUADRO DELLE DECESSE

nella Divisione Chirurgica femminile dal 15 Settembre 1871 a tutto Dicembre 1877.

N. progress.	DIAGNOSI	ETÀ	OPERATA	Presenze
1	Ulcera infiammatoria complicata da varici e susseguente eresipela flemmonosa estesa a tutto l'arto	39		67
2	Ascesso flemmonoso esteso a tutto l'arto addominale destro . .	60		8
3	Cancro all'utero	46		130
4	Ulcera infiammatoria al piede destro	30		69
5	Frattura comminuta composta e complicata della gamba sinistra in soggetto epilettico	39	Di amputazione di gamba al luogo di elezione	10
6	Cancro al retto . . . , ...	66		31
7	» all'utero	45		49
8	Neoplasmi periuterini	54		38
9	Carie al sacro ed agli ilei in soggetto marasmatico	22		65
10	Cancro alla mammella destra e susseguente infezione . . .	49		38
11	» all'utero e perforazione vulvo-rettale	39		4
12	» alla mammella sinistra	58		142
13	Flemmone alla coscia destra e susseguente pioemia	39		50
14	Cancro all'utero	44		65
15	« alla mammella sinistra	67		119
16	» alla lingua e plejadi sotto linguali mascellari e cervicali .	59		74
17	Vasta gangrena per decubito in seguito a tifoidea	20		12
18	Tumore intra-craniale	44		139
19	Carie delle ossa del piede	25		79
20	Ernia ombelicale voluminosissima	51	Di erniotomia extra-peritoneale .	1
21	Scirro alla mammella destra	60	Di estirpazione di mammella . .	61
22	Flebite suppurante	36		29
23	Labbro leporino composto e complicato	mesi 1	Di labbro leporino	6
24	Vegetazioni scirrose al collo uterino	56		60
25	Neoplasma utero-vaginale	46		37
26	Carie estesa del gran trocantere destro e dell'ileo corrispondente. .	54		27

QUADRO DEL MOVIMENTO

della Divisione Chirurgica Uomini nel Civico Ospitale di Rovigo dal 15 Settembre 1872 a tutto Dicembre 1877.

Guariti	Miglio-rati	Stazio-narj	Peggio-rati	Passati alla Divisione Medica	Morti	Rimasti	Totale
410	90	18	1	6	29 5.13 °/o	12	566

I. QUADRO GENERALE

delle malattie curate nella Divisione suddetta

MALATTIA	Totali parziali	Guariti	Migliorati	Stazionari	Peggiorati	Passati alla Div. Med.	Morti	Rimasti
I. Ulceri	35	25	3	—	—	1	5	1
II. Infiamazioni. . . .	43	28	8	2	--	—	4	1
III. Reumatismi. . . .	12	9	1	—	—	1	1	--
IV. Lesioni traumatiche . .	151	123	16	2	—	1	6	3
V. Malattie delle articolazioni.	16	7	3	2	—	—	4	—
VI. » delle ossa . .	26	11	9	2	—	--	3	1
VII. » cutanee . . .	89	83	3	—	—	—	1	2
VIII. » oftalmiche . .	45	23	16	2	1	—	--	3
IX. » degli organi genito-urinarj.	11	10	—	1	—	—	—	—
X. Ernie	10	7	1	1	—	—	1	--
XI. Neoplasmi	8	2	1	3	—	1	—	1
XII. Fistole e tragitti fistolosi .	10	8	1	--	—	1	—	--
XIII. Nevrosi	9	8	—	—	—	1	—	—
XIV. Malattie veneree . . .	91	59	28	3	—	—	1	—
XV. » varie . . .	10	7	—		—	--	3	—
Totali Generali	566	410	90	18	1	6	29	12

II. QUADRO

delle operazioui chirurgiche eseguite nella Divisione maschile dal 15 Settembrs 1872 a tutte Dicembre 1877

Numero progressivo	DIAGNOSI	OPERAZIONE	METODO e PROCESSO	ESITO			
				Guariti	Miglio-rati	Morti	Rimasti
1	Caterata senile	Estrazione a lembo	Metodo Wharton Jones	1	—	—	—
2	» » bioculare	» »	» » »	1	—	—	—
3	» »	» »	» » »	1	—	—	—
4	Atresia pupillare	Iridectomia	» » »	1	—	—	—
5	» » bioculare	» . . . . . , . . .	» » »	1	—	—	—
6	Dacriocistite catarrale cronica . . .	Incisione dei punti lagrimali, dilatazione del canale	» » »	1	—	—	—
7	Epitelioma in II. stadio al prolabio . . .	Cheiloplastica . . . . . , . .	» Italiano	1	—	—	—
8	Osteosarcoma alla branca destra del mascellare con indurimento della parotide e delle sottomascellari	Resezione della branca, esportazione della parotide e delle sotto mascellari	» Velpeau	1	—	—	—
9	Osteosarcoma alla branca sinistra del mascellare	Resezione c disarticolrzione . .	» »	1	—	—	—
10	Artrocace del gomito destro.	Amputazione del braccio . . .	» a lembi proc. ord.	1	—	—	—
11	Disorganizzazione traumatica dell' antibraccio e III inferiore del braccio destro . . .	» » . . .	» circol. proc. ord.	1	—	—	—
12	Ferita lacero contusa con frattura comminuta del pollice destro	Disarticolazione metacarpo-falan-[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible]	... mano destra	Disarticolazione del pollice	» a lembi proc. ord.	—	—	1	—
17	Carie delle ossa della mano sinistra	Resezione dei capi carpici del III e IV metacarpo ed esportazione dell'uncinato	» e processo proprio	—	1	1	—
18	Carie dell'estremità carpica delle ossa dell'antibraccio sinistro	Resezione sottoperiostea	» Velpeau	1	—	—	—
19	Dactilite ossea all' indice sinistro	» del capitolo falangeo della falange metacarpica ed ablazione della falange media	» e procecso proprio	1	—	—	—
[illegible]0	Gonartrocace cronico destro con carie dei capi articolari e lussazione spontanea	Amputazione di coscia III super.	» circolare proc. ord.	1	—	—	—
21	Osteite prolifera della tibia destra	» » III infer.	» »	1	—	—	—
22	Necrosi interna del femore sinistro	» » III super.	» »	1	—	—	—
23	Gonartrocace destro	» » III infer.	» a lembi »	—	—	1	—
24	Ferita lacero contusa con disorganizzazione della gamba	» » III »	» » »	1	—	—	—
15	Ferita lacero contusa al IV dito del piede sinistro	Disarticolazione del IV dito	» ovale	1	—	—	—
26	Gangrena di Pott	» intertarsea	» Chopart	—	—	1	—
27	Carie al dito grosso del piede destro	»	» ovale	—	—	1	—
28	» del grantrocantere destro	Resezione del grantocantere	» Velpeau	1	—	—	—
29	Scrofolosi ossea affettante il I. metatarso ed il I. cuneiforme sinistri	Esportazione del I metatarso e cuneiforme	» dell' Hancock	2	—	—	—
30	Carie secca dell'estremità tarsea delle ossa della gamba sinistra e dell'astragalo	Resezione sottoperiostea ed esportazione di quasi totalità dell'astragalo	» »	1	—	—	—
31	Elefantiasi tuberosa della gamba sinistra	Amputazione al luogo di elezione	» circolare proc. ord.	1	—	—	—
			Da riportarsi	26	1	4	—

Numero progressivo	DIAGNOSI	OPERAZIONE	METODO e PROCESSO	ESITO Guariti	Migliorati	Morti	Rimasti
			Riporto	26	1	4	—
32	Vasta ulcera costituzionale cronica alla gamba sinistra	Amputazione al luogo di elezione	Metodo circol. proc. ord.	1	—	—	—
33	Enterocele scrotale doppio strozzato . . .	Taxis		1	—	—	—
34	» » destro incarcerato . .	Erniotomia		—	—	1	—
35	» » sinistro » . . .	»		1	—	—	—
36	» inguinale sinistro strozzato complicato da criptorchidio	Taxis		1	—	—	—
37	Enterocele inguinale destro incarcerato . .	Erniotomia		1	—	—	—
38	Piccola ernia omentale destra dello Scarpa .	»		1	—	—	—
39	Enterocele inguinale sinistro strozzato complicato da criptorchidio	»		1	—	—	—
40	Enteroepiplocele scrotale sinistro strozzato . .	» ed esportaz. di 1 Ettog. d'omento		1	—	—	—
41	Enterocele inguinale sinistro incarcerato . .	Taxis		1	—	—	—
42	Idrocele semplice della vaginale destra . .	Idrocelo-paracentesi	Cura radicale	1	—	—	—
43	» » » sinistra . . .	» »	» »	1	—	—	—
44	» » » destra complicato da idrope di vecchio sacco erniario. - Lo stesso soggetto del N. 43 . . , . . ,	» » nonchè del sacco erniario	Cura radicale met. propr.	1	—	—	—
45	Degenerazione sospetta del cordone spermatico						

	[illegible]	Disarticolazione delle coscia	» a lembi	—	—	1	—
54	Pedartrocace osseo sinistro	Esportazione del III e IV metatarso e del II e III cuneiforme	» dell'Hancock	—	—	1	—
55	Epitelioma in 2° stadio al labbro inferiore	Cheiloplastica	» Italiano	1	—	—	—
56	Ferita da punta all'auricolare anteriore destra e successivo aneurisma	Allacciatura della carotide primitiva nel triangolo omotracheale	» dello Scarpa	—	—	1	—
57	Scrofolosi ossea affettante le ossa del carpo sinistro	Esportazione di tutte lo ossa del carpo	» a lembo dorsale	—	—	1	—
58	Esiti di gonartrocace osseo destro	Resezione dei capi articolari del ginocchio. (In seguito a quest'atto operativo, si manifestò infiltrazione purulenta alla coscia) amputazione di coscia IV inferiore	» di Syme; » a lembi proc. ord.	—	—	1	—
59	Esiti di irite traumatica	Pupilla artificiale	Metodo a lembo proc. ord.	1	—	—	—
60	Carie dei capi articolari metatarso-falangei dell'aluce destro	Resezione dei capi articolari	» proprio	—	1	—	—
61	Frattura comminuta composta e complicata della gamba sinistra	Amputazione al luogo di elezione	» circol. proc. ord.	1	—	—	—
62	Enterocele inguinale destro strozzato	Erniotomia		1	—	—	—
63	Amigdalite cronica ipertrofica	Tonsillotomia	Tonsillotomo	1	—	—	—
64	Carie del V metacarpo destro	Resezione del capitolo carpeo	Metodo proprio	—	—	—	1
			Totale	50	3	10	1

III. QUADRO DEI DECESSI

nella Divisione Chirurgica Uomini dal 15 Settembre 1872 a tutto Dicembre 1877.

Num. progr.	DIAGNOSI	ETÀ	OPERATO	Presenze
1	Ulcera infiammatoria al piede destro	67		12
2	Flemmone gangrenoso esteso a quasi tutta la coscia destra . .	55		40
3	Ulcera infiammatoria alla gamba destra con insorgenza d'eresipela flemmonosa	80		12
4	Ulcera infiammatoria alla gamba sinistra con insorgenza d'eresipela	85		42
5	Ferita di punta penetrante al polmone sinistro e cuore . . .	15		9
6	Cellulo-aponeurite suppurata alla coscia destra in soggetto tremofrenico	59		56
7	Enterocele scrotale destro strozzato	57	di erniotomia	2
8	Frattura obbliqua del femore destro, eresipela e gangrena per decubito	54		51
9	Coxartrocace destro . . . . ,	25		62
10	Ulcera infiammatoria complicata da varici, insorgenza d'eresipela flemmonosa	43		20
11	Gonartrocace	2		84
12	Sifilide terziaria	33		66
13	Gonartrocace destro	50	di amputazione di coscia III infer.	200
14	Ferita d'arma a fuoco alla regione sottomentale e penetrazione del projettile nell'emisfero cerebrale destro	36	(Suicida)	35
15	Gangrena di Pott	65	di disarticolazione intertasca . .	42
16	Carie all'alluce del piede destro	61	di disarticolazione . .	46

	... spontaneo alla gamba destra	55		28
26	Ferita da punta all'auricolare anteriore destra e successivo aneurisma	23	di allacciatura della carotide primitiva destra	8
28	Scrofolosi ossea affettante tutto il carpo sinistro	23	di esportazione di tutto il carpo.	150
29	Esiti di gonartrocace osseo destro	34	di resezione dei capi articolari del ginocchio . . . . di amputazione di coscia . . .	122

VI. **MOVIMENTO** complessivo delle Divisioni Chirurgiche

ENTRATI	ESITI				PASSAGGI				MORTI	RIMASTI	TOTALE
	Guariti	Migliorati	Stazionarj	Peggiorati	Divisione medica	Maternità	Clinica oftalmica	Non riconosciute infette			
979	737	118	32	1	9	2	1	5	55	19	979

IV. MOVIMENTO della Sala Maternità dal 15 Settembre 1872 a tutto Dicembre 1877.

A. — Movimento gestanti e parti.

ENTRATE COME GESTANTI				TOTALE	RINVIATE			Rimasero gestanti	PARTI			TOTALE
Dalle case	Dalle carceri	Dal postribolo	Dalla divisione sifilitiche		A gestazione avanzata	Per gestazione non avanzata	Non riconosciute gestanti		Eutocie	Distocie	Parti prematuri	
86	4	1	2	93	1	1	1	90	87	2	1	90

B. — Movimento puerpere.

PASSARONO		RITORNARONO			MORTE	RIMASTE	TOTALE
Alla Div. Medica	Alla Div. Sifilitiche	Alle loro ccse	Al postribolo	Al carcere			
3	3	77	1	3	2	1	90

Le due distocie, richiesero: l'applicazione di forceps per incuneamento della testa, l'una; l' altra l' embriotomia a feto morto per presentazione cefalo-acromion-iliaca destra, accompagnata da spasmo uterino.

Delle due morte, una fu quest' ultima operata, che morì di colapso; il decesso dell'altra, avvenne per febre puerperale essenziale.

Febri puerperali essenziali se n'ebbero cinque compresa la suddetta, le rimanenti quattro guarirono; metriti puerperali pur quattro, e guarirono; di più s' ebbe una metrorragia passiva interna, che richiese il pronto vuotamento del viscere dalla raccolta sangnigna, e questa pure guarì dopo lunga cura ricostituente.

Ritornò al carcere una puerpera in meno delle gestanti provenienti dallo stesso, e ciò perchè prosciolta dalla pena durante il soggiorno alla maternità, e ne passò una in più alla divisione sifilitiche, perchè infetta.

Rovigo 20 Gennaio 1878.

Il Chirurgo Primario
GUALTIERO Dott. LORIGIOLA

Visto: Il Medico Direttore del Civico Ospitale
BARTOLOMEO Dott. PIGNOLO

OSSERVAZIONI

Credo conveniente far seguire ai quadri statistici, poche osservazioni.

Ebbi un totale di 1072 entrati, cioè 413 donne, 566 uomini e 93 gestanti. I decessi montano a 57 e così ripartiti: 26 donne, 29 uomini e 2 puerpere. Quantunque comparata a quella di divisioni chirurgiche di altri Nosocomi, tale cifra sia confortante, pure è su d'essa che trovo necessario avanzare considerazioni e dirò quasi giustificarla. È inutile rammentare che agli Ospitali, ed in specialità ai riparti chirurgici, affluiscono i casi più gravi, i più disperati; ed altre a parte, questa è la precipua ragione dell'alto per cento di mortalità nei Nosocomi. Or bene, rifflettasi che il contingente maggiore di decessi, mi fu dato nella divisione femminile dai 33 Neoplasmi, su i quali conto appunto 14 morti. Chi lo voglia, riportandosi al Quadro dei decessi della Statistica Donne, (*) di questi 14 casi, a fine letale, ne troverà la diagnosi, l'età dell'ammalata, ed il numero delle presenze, e credo che miracoli, nè si fanno, nè se ne possono pretendere.

È poi vero, che sul complessivo 413 donne, figurano 181 affette da forme veneree; se queste non diedero alcun decesso, come generalmente non si deplora in tali forme, furono pur sempre 181 ammalate da curarsi e diedero un contingente non spregevole dal lato pratico.

Nella stessa divisione femminile, eseguii 30 operazioni, con 4 soli decessi; e di questi, uno in soggetto epilettico, amputato di gamba, per frattura comminuta, composta e complicata; una morì in seguito a chelotomia extra-peritoneale, per voluminosissima ernia ombelicale; una contava un mese di età, e fu operata di labbro leporino composto e complicato, vera gola di lupo; e fui indotto all'atto operativo perchè impossibilitata ad assumere alimentazione di sorta; una in età di 60 anni morì dopo 61 giorno, operata d'amputazione di mamella.

Ancora una parola sulle 181 affette da forme veneree; di queste:

92 appartenevano alle meretrici inscritte
88 alle clandestine
1 maritata entrò spontanea.

(*) Vedi pag. 72.

Rovigo, con una popolazione di 10,000 abitanti, accentrata nella sede dell'Ufficio Sanitario, ha tre postriboli, vi sono inscritte 12 prostitute, e notisi che uno dei postriboli era stato aperto da pochi mesi, mentre i due preesistenti, non contavano che 9 sacerdotesse di Venere Pandemia; calcoliamo sommariamente che 10 di queste infelici, diedero in cinque anni, tre mesi, e quindici giorni, 92 infette; e le clandestine, 88 nello stesso periodo; ebbi in questo riparto 4 presenze in media al giorno, ed in cifra rotonda, praticai 2500 visite allo speculum.

Su i 566 entrati della Divisione Uomini ebbi 29 morti, ma fra questi, devesi calcolare un suicida, una ferita accidentale penetrante nel polmone sinistro e nel setto del cuore; una disorganizzazione traumatica di arto addominale, che richiese la disarticolazione coxo-femorale; una gravissima commozione cerebrale; un'emorragia secondaria in ottava giornata dopo l'allacciatura della carotide primitiva d. stra; e finalmente un decesso di 80 anni ed uno di 85.

Nella stessa divisione, praticai 64 operazioni, ed ebbi su queste 10 decessi.

Il contingente maggiore, tolto le forme veneree, venne fornito cumulativamente dalle lesioni traumatiche, che sommarono a 183; ne ebbi di assai gravi, tuttavia non ho a lamentare su queste che sette decessi; delle medesime soltanto 21 richiesero l'intervento dell'Autorità Giudiziaria, perchè non accidentali.

Se venni a qualche dettaglio statistico riguardo alle forme veneree della Divisione Donne, è d'uopo faccia riscontro altrettanto per gli Uomini.

Dai 91 entrati sono da detrarne 5 per forme secondarie, 2 per forme terziarie, ed un caso di sifilide infantile; rimangono quindi 83 accolti con forme primitive, di questi:

44	le contrassero in postribolo
26	da clandestine
3	dalle proprie mogli
1	ignora dove
9	non furono interrogati.
Totale 83	

Desidero ora esporre brevemente i sistemi di medicazione, per que' casi che formano il contingente costante delle Sale di chirurgia.

Dalle mie Divisioni, toltone qualche eccezionale, rarissimo caso, erano esclusi i cataplasmi, ed i pochi cui si ricorreva erano d'amido. Per quanto abbia cercato tenermi lontano dal feticismo alle persone, alle cose, devo a tal riguardo confessarmi adoratore di Liston; e sempre mi stanno presenti queste sue parole: « A poultice — the very name of which is associated, with putrefaction « and nestiness . . . . and our nurses have now almost forgotten the mode « of forming the abomination. »

Ai cataplasmi suppliva con bagni d'immersione, semplici, alcalini, o diversamente medicati; le Sale erano fornite di apposite, comodossime vasche per bagni d'immersione alle braccia ed alle gambe. Nei casi più miti, ricorreva ad epitemi freddi o tepidi secondo il bisogno; all'acqua, sempre fenicata, univa proporzioni di glicerina per impedirne la rapida evaporazione, e tanto maggiormente la impediva ricoprendo i pannolini con stratto impermeabile. Nelle condizioni infiammatorie, anche estese ed intense, trovai il massimo giovamento

dai bagni con soluzioni di nitrato d'argento, diversamente titolate, devo anzi confessare che l'eresipela, ha da questo mezzo la guarigione la più rapida.

Nelle medicazioni in genere, oltre che aver assolutamente bandito ogni unguento, diedi lo sfratto alle compresse apparecchiate con vecchi pannolini provenienti cioè da camicie o lenzuoli posti fuori uso. Sostituii a queste la *garza*, e lo stesso feci per le fascie. Sulle superfici denudate, sulle ulceri, come primo pezzo di medicazione, qualora questa sia richiesta a secco, applico *garza* imbevuta d'olio fenicato, e questo lo sostituii ad ogni altra sostanza grassa.

Nelle medicazioni d'importanza, ma specialmente in quelle per amputazioni, la filaccia era sempre fenicata come ogni altro pezzo della medicazione, fra gli strati di bambagia, di cui facevo pure larghissimo uso, prescriveva aspersioni di acido salicilico; in nessuna medicazione poi, ometteva lo strato impermeabile.

Come dissi più sopra, l'acqua è sempre fenicata, ma per quanto m'abbia feniche tendenze, non ricorro a lavacri e ad irrigazioni che su superfici largamente suppuranti, ed in tragitti estesi e profondi, ma provveduti di drenaggio.

Per le spugne, oggetto questo di massima importanza per il chirurgo, esigeva una sorveglianza speciale. Quelle destinate per le operazioni, erano gelosamente custodite in vasi chiusi, e ad intervalli lavate con acqua fenicata, per quelle d'uso giornaliero, i riguardi, se fosse possibile, dirò erano maggiori. In medicazioni di qualche importanza, ricorreva alla projezione fenica.

Come i cataplasmi, le vecchie compresse e gli unguenti, erano al bando dalle mie Sale gli agglutinativi resinosi; per quanto posso, cerco di utilizzare a scopo unitivo la posizione e la fasciatura; ma occorrendomi un mezzo coercitivo ho la pazienza di applicare ai bordi, anche di estese ed irregolari soluzioni di continuo, fascetti di cordoncino di seta, sfilacciati ad una estremità e questa la fisso con collodion, annodando poi le estremità libere; dichiaro che da tal mezzo ebbi bellissimi risultati; quando poi assolutamente non posso farne a meno, ricorro alle diverse suture a norma del caso.

Per apparecchi contentivi, mi servo di quel tessuto di legno conosciuto col nome di *Persiane*, la duttilità di questo tessuto, si presta alla facile applicazione, mentre nello stesso tempo la sua consistenza, lo fa supplire con vantaggio ad altri apparecchi; in caso necessario si rende maggiormente consistente con fasce gessate. Per apparecchi innamovibili, ricorro appunto di preferenza al gesso, od alla destrina, al silicato di potassa od alla gomma Senegal. Per casi speciali mi servo di speciali apparecchi estemporanei e di pari medicazioni.

Uso largamente le pennellature di tintura eterea d'jodio, la canfora come epulotico ed il drenaggio.

Quanto ad igiene delle Divisioni, non posso riportarmi che a quanto scrissi nel mio libercolo dell'*Aria degli Ospitali.*



INDICE